



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública



12º Curso de Mestrado em Saúde Pública 2009/2011

"Factores individuais que condicionam a Saúde"

Um estudo Caso-Controllo

Mário Jorge Rêgo dos Santos

Lisboa

Julho 2011



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública



12º Curso de Mestrado em Saúde Pública 2009/2011

"Factores individuais que condicionam a Saúde"

Um estudo Caso-Controllo

Projecto de Investigação para obtenção do Grau de

*Mestre em Saúde Pública pela Escola nacional de
Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa*

Orientador:

Prof. Dr. Carlos Silva Santos

Co-orientador:

Mestre Luís Ângelo Saboga Nunes

Mário Jorge Rêgo dos Santos

Lisboa

Julho 2011

A vida é curta

A arte é longa

A Experiência enganadora

A oportunidade fugaz

O Julgamento difícil

HIPÓCRATES

Resumo

O presente projecto enquadra-se no paradigma salutogénico e visa apurar alguns dos factores que determinam que algumas pessoas se apresentem mais saudáveis que a população em geral.

Foi seleccionado um estudo, quantitativo, analítico tipo caso-controlo (1 caso para 3 controlos), em que os casos são constituídos por indivíduos integrando a Função Pública que se encontram acima do percentil 95 de assiduidade ao trabalho nos últimos dois anos e com uma auto-percepção de Saúde classificada como muito boa, os controlos são indivíduos que não obedecem à definição de caso. Os indivíduos serão emparelhados por idade, género, estado civil, carreira, categoria profissional e unidade funcional que integram. A assiduidade será calculada com recurso aos certificados de incapacidade temporária entregues nos respectivos serviços.

Os factores a estudar são os mais citados na literatura como factores salutogénicos ou factores de protecção, são eles:

- Sentido de Coerência de Antonowsky
- Locus de controlo
- Auto conceito
- Auto Eficácia
- Aptidão física nas três vertentes clássicas: Capacidade aeróbia, Composição corporal, Aptidão muscular.

Todos estes factores serão estudados com recurso a questionários auto preenchidos devidamente testados e validados para o português de Portugal sendo a aptidão física apurada com recurso á bateria de testes "Fitness Gram" adoptada para Portugal pelo Instituto do Desporto de Portugal e pelo Ministério da Educação.

Os resultados serão apurados com recurso ao software de análise epidemiológica EPIDAT. 3.1.

.

PALAVRAS – CHAVE – Sentido de coerência, Questionário orientação para viver, Aptidão física, Locus de controlo, Gestão do stress, Assiduidade, Auto-percepção de Saúde, Caso-controlo, Salutogénese, Saúde ocupacional.

Abstract

The present project follows the salutogénic paradigm and intends to identify some of the factors that determine why some people are healthier than the general population. It was selected a quantitative, analytic, case-control study type (1 case to 3 controls), in which the cases are constituted by individuals who are integrated in Public Services and find themselves above 95 percentile of assiduity in work in the last two years, and with a self-perception of Health classified as very good, the controls are individuals who don't obey to the case definition. The individuals will be matched by age, gender, civil state, career, professional category and Functional Unity in the Health services. The assiduity will be calculated with the help of temporary incapacity certificates delivered in the respective services.

The currently studying factors are the most cited in literature, like salutogenic factors or protection factors, are those:

- Antonowsky's Sense of Coherence
- Locus Control
- Self-concept
- Self-Efficacy
- The three classic strands of Physical Fitness: Aerobic Capacity, Corporal Composition, Muscular Fitness.

All these factors will be studied with the resource of properly tested and validated self-filled questionnaires for Portugal Portuguese (language), with the Physical Fitness being determined with the resource of "Fitness Gram" test battery, adopted for Portugal by the Portuguese Sports Institute and the Education Ministry.

The results will be determined with the resource of the epidemiologic analysis software EPIDAT. 3.1.

KEY-WORDS- Sense of Coherence, Orientation to live questionnaire, Physical Fitness, Locus of Control, Stress Management, Assiduity, Health self-perception, Case control, Salutogenesis, Occupational Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Abdominais

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACESAL – Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral

ARS – Administração regional de Saúde

BIMP - % MG calculada pelo método de Bioimpedância

CS – Centro de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIPE/INCP – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

EB – Extensão de Braços

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ET – Extensão do Tronco

EST – Estatura

EU – União Europeia

IMC - Índice de Massa Corporal

IDP-Instituto do Desporto de Portugal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MG - % de Massa Gorda calculada pelo método Fitnessgram

NUTS – Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OLQ – Orientation to Life Questionnaire

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de saúde

PES - Peso

SAE – Senta e Alcança lado esquerdo

SAD – Senta e Alcança lado direito

SKT – Prega Tricipital

SKG – Prega Geminal

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOC – Sentido de Coerência

- **Ccom – Capacidade de compreensão**

- **CGma – Capacidade de gestão**

- **CImea – Capacidade de investimento**

VV – Vaivém

ZSAF – Zona Saudável de Aptidão Física

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 PARADIGMAS DE SAÚDE.....	1
1.2 O PRESENTE PROJECTO.....	5
1.3 RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO	6
1.4 AVALIAÇÃO DA EXEQUIBILIDADE DA INVESTIGAÇÃO	6
2. QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA	9
2.1 O STRESS	9
2.1.1 Definição de Stress.....	9
2.1.2 Psicofisiologia e Manifestações físicas do Stress	9
2.1.3 Modelos de Stress na Saúde / Doença	11
2.1.4 Fontes de Stress	12
2.1.5 Estratégias para lidar com o Stress	13
2.1.6 Definição de Coping.....	13
2.1.7 Modelos de Coping.....	14
2.1.8 Estratégias de Coping e Estilos de Coping	17
2.1.9 Estilos de Coping e Variáveis de Personalidade	18
2.2 SRESS E PARADIGMA SALUTOGÉNICO	19
2.2.1. Os recursos generalizados de resistência	22
2.2.2. O modelo SCO	23
2.3. APTIDÃO FÍSICA.....	27
2.3.1. Aptidão aeróbica	30
1.3.2. Composição corporal.....	30
2.3.3. Aptidão muscular	31
2.3.4. Força	33
2.3.5. Resistência muscular	33
2.3.6. Flexibilidade	33
2.3.7. O Fitnessgramm	34
3. FINALIDADE E OBJECTIVOS.....	36
3.1 FINALIDADE	36
3.2 OBJECTIVOS	36
3.2.1 OBJECTIVOS GERAIS.....	36
3.2.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS.....	36

3.3	HIPÓTESES	37
4.	MATERIAL E METODOS	38
4.1	TIPO DE ESTUDO	38
3.2	UNIDADE DE OBSERVAÇÃO E POPULAÇÃO EM ESTUDO	39
4.3	DEFINIÇÃO DE CASOS E CONTROLOS	39
4.4	FONTES E SUPORTES DE INFORMAÇÃO	40
4.5	METODO DE RECOLHA DE DADOS	41
4.6	DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS EM ESTUDO	41
4.8	PLANO DE ANÁLISE DE DADOS	44
4.9	ENSAIO DA OPERACIONALIDADE E DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	45
4.10	ASPECTOS ÉTICOS	46
5.	PREPARAÇÃO DA DISCUSSÃO E PREVISÃO DE RECOMENDAÇÕES	47
5.1	DISCUSSÃO DA METODOLOGIA	47
5.2	PREVISÃO DOS ASPECTOS A FOCAR NA DISCUSSÃO.....	47
5.3	LIMITAÇÕES E VIÉS DO ESTUDO E DA METODOLOGIA SELECIONADA	47
5.4	PREVISÃO DE ALGUMAS RECOMENDAÇÕES.....	49
6.	EFICIÊNCIA DO ESTUDO.....	51
7.	RECURSOS A UTILIZAR, ESTIMATIVA DE ORÇAMENTO OU PREVISÃO DE CUSTOS.....	52
8.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	55
9.	REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I. – Fisiologia do Stress	4
Quadro II. – Componentes e factores de aptidão física associados à Saúde	25
Quadro III. – Cronograma de Actividades	52
Quadro IV. – Orçamento	53

1. INTRODUÇÃO

1.1 PARADIGMAS DE SAÚDE

Um *paradigma* significa um modelo. Foi o físico Thomas S. Khun quem no seu ensaio “A estrutura das Revoluções Científicas”, publicado em 1962, adoptou esta designação como termo científico. Segundo Khun, o termo *paradigma* “**é um conjunto de crenças tão fundamental que se encontra fora do alcance do teste do empirismo**”; é uma estrutura teórica baseada num só conjunto de crenças fundamentais (Khun, 1970). A filiação num *paradigma*, torna o cientista membro de uma comunidade científica que adopta o mesmo modelo análise condicionando os seus membros a seguirem as mesmas regras e métodos científicos.

Desde a antiguidade que médicos e outros profissionais de Saúde se interrogam porque é que pessoas sujeitas a factores de risco de grande intensidade conservam a saúde e que determinantes condicionam essa capacidade de resposta.

Em pleno século das Luzes António Nunes Ribeiro Sanches, médico português enciclopedista, físico da corte Russa, que entre muitas publicações participou na Grande enciclopédia de Diderot publicou o primeiro tratado de Saúde Pública do Mundo que denominou “Tratado da Conservação da Saúde dos Povos” (1756).

Trata-se de uma obra notável para o início do século XVIII, que em muitos aspectos mantém a actualidade e no qual, que pela primeira vez em livro se introduz o conceito da “Conservação da saúde”, uma abordagem também centrada na Saúde e não apenas na doença. Ribeiro Sanches também se distinguiu na Pedagogia publicando as “Cartas sobre a Educação da Mocidade” (1760) que serviram de modelo teórico à reforma Pombalina da Universidade de

Coimbra. Ribeiro Sanches uniu pela primeira vez os dois dos domínios mais importantes em Promoção da Saúde: Educação e Saúde.

Edward Jenner, em 1879 interrogou-se porque é que as leiteiras, não adoeciam com a varíola, ou se o faziam o quadro mórbido era extraordinariamente atenuado. A sua investigação levou á descoberta do vírus da varíola bovina e ao desenvolvimento da primeira vacina. O uso generalizado dessa vacina deu origem á erradicação da doença. Questionar porque é que aquelas pessoas eram saudáveis e não porque é que adoeciam levou a uma verdadeira revolução na Saúde Pública.

A primeira conferência internacional sobre promoção da saúde realizou-se em OTTAWA em 1986, trazendo um novo alento a uma metodologia de intervenção de base salutogénica, em alternativa a uma abordagem mais baseada no paradigma patogénico preponderante em Alma-Ata. Propôs-se uma abordagem global, num conceito positivo de saúde, centrado, não na prestação de cuidados de saúde, mesmo que preventivos, mas fundamentalmente num processo de empoderamento em saúde. Um processo de desenvolvimento ou de construção de capacidades (Capacitação).

A promoção da saúde foi então definida como “um Processo que visa capacitar as pessoas de modo a que possam controlar muito melhor a sua Saúde” (Ottawa 1986).

A Saúde deve desta forma ser vista como um todo (físico, psíquico, social e espiritual) envolvendo os seus aspectos positivos e evitando os seus aspectos centrados na doença (patologia, doença, deformidade, incapacidade, agressão, incapacidade).

A Saúde transforma-se assim tal como a Educação num processo de desenvolvimento de capacidades.

Desta forma podemos classificar, em termos funcionais, a Saúde como um recurso que permite às pessoas atingirem uma vida individual, social e economicamente produtiva (OMS, 1998).

A saúde é desta forma vista como um recurso de todos os dias e não um objectivo de vida. Recurso que serve também para proporcionar o desenvolvimento dos indivíduos e comunidades. Propicia também o crescimento económico e produtivo dos indivíduos e da sociedade. Trata-se de um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais (não esquecendo a sua participação laboral) bem como as capacidades físicas do indivíduo (OTTAWA, 1986).

A Saúde Pública é um conceito político e social, definido por Winslow em 1924 como:

“ A Arte e a Ciência de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental por meio de esforços organizados da comunidade”

“Engloba portanto todas as actividades que visam promover a Saúde, prevenir a doença, tratar os doentes e cuidar da sua reabilitação na sociedade, desde que estas actividades sejam efectivadas á custa das comunidades e não do indivíduo ou da sua família” (comentário do Prof. Arnaldo Sampaio 1971)

Uma medicina social e comunitária, multidisciplinar e intersectorial.

Porque é que as pessoas permanecem saudáveis apesar de tantas influências negativas na sua vida? Como gerem elas a sua recuperação da doença? O que existe de especial nas pessoas que não adoecem apesar de expostas aos mais extremos factores de risco?

Estas questões fazem sem dúvida parte da reflexão de cada pessoa em geral e de cada profissional de saúde em particular ao longo da sua vida. Foram também estas as questões centrais que serviram de ponto de partida para a teoria de Antonovsky. Assim, Antonovsky criou o termo **“Salutogenese”** (do

latim *salus* que significa invencibilidade, bem-estar ou felicidade, e do grego *genesis* que significa origem) para enfatizar a distinção da “*patogénese*” que dominou (e domina?) a abordagem pelo paradigma dominante.

Antonovsky investigou populações sujeitas a situações extremas (afro-americanos, mulheres, sobreviventes aos campos de concentração nazi, ou ainda os judeus vivendo em situação de miséria extrema e identificou a capacidade que estes indivíduos manifestavam de encontrar *coerência interna* na sua vida a despeito das perdas e provações a que tinham estado sujeitos.

Nas suas abordagens, Antonovsky fala dos modelos patogénico e salutogénico como complementares e não como exclusivos (FCHE, 1999). No modelo patogénico, a doença é vista como um desvio da norma saúde.

Esta definição é claramente redutora. Os dados epidemiológicos demonstram que pelo menos um terço, talvez até a maior parte da população das sociedades modernas industrializadas sofre de alguma doença, não restando qualquer dúvida de que qualquer ser humano ao longo do seu ciclo de vida padece de múltiplas doenças ou disfuncionalidades.

Daí que, quando se discute a saúde e a doença, é geralmente assumindo que se tratam de estados mutuamente exclusivos, ou seja, que apenas um dos estados está presente em determinado momento sendo a classificação é feita de acordo com um diagnóstico médico, que encontra determinada doença específica, ou pelo próprio doente ou seu ambiente.

No entanto os diagnósticos são processos humanos muitas vezes baseados em convenções, a própria caracterização das patologias evolui e o que é hoje considerado não doença, pode amanhã ser considerado doença, ou vice-versa. Esta observação é particularmente verdade se observarmos a evolução dos DSM, das CID e de muitas outras classificações ao longo da sua história.

A dicotomia Saúde/Doença é questionável: Será que uma pessoa deixa de ser considerada Saudável porque lhe foi diagnosticada uma doença mesmo que esta não condicione incapacidade ou sofrimento? Será que alguém a quem não foi diagnosticada nenhuma doença é obrigatoriamente Saudável?

A carta de Ottawa (1986) responde a estas questões Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social um indivíduo ou um grupo deve ser capaz de identificar e concretizar suas aspirações, de satisfazer as suas necessidades e adaptar-se ou modificar o meio ambiente.

1.2 O PRESENTE PROJECTO

Durante a nossa vida, deparamo-nos com indivíduos que nos intrigam por conseguirem resistir a situações extremas ou preservar a sua Saúde de forma invulgar, por vezes questionamo-nos que determinantes serão responsáveis pela conservação da Saúde e da qualidade de vida nestas pessoas. Como se poderá verificar no Capítulo “Quadro Teórico de Referência”, existem vários constructos teóricos que convergem para uma abordagem explicativa da Saúde. Este projecto tem como finalidade contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da Saúde, através do estudo de uma população invulgarmente saudável, comparando-a com a população que não apresenta este atributo. Para além disto pretende-se identificar alguns dos factores associados a este grupo, factores de natureza individual sem perder de vista que factores ambientais, sociais, organizacionais, religiosos, entre muitos outros, também podem influenciar de modo determinante o fenómeno em estudo.

Uma vez identificados os factores pretende-se medir a intensidade da associação de cada um deles com o fenómeno em estudo, de modo a hierarquiza-los por essa ordem. Seleccionámos factores relacionados quer com características físicas, quer psicológicas dos indivíduos nomeadamente: Sentido

de Coerência de Antonowsky, Locus de controlo, Auto conceito, Auto Eficácia e Aptidão Física.

No domínio da Aptidão física proceder-se-á à análise das suas três variáveis: Capacidade aeróbia, Composição corporal, Aptidão muscular.

As hipóteses enunciadas prevêem que os valores obtidos para estes factores salutogénicos no grupo de casos sejam superiores aos do grupo de controlo.

Para tal foi seleccionado um estudo do tipo caso-controlo com emparelhamento, estudo epidemiológico clássico que pode permitir alcançar os objectivos atrás enunciados através do cálculo das respectivas Odds Ratio.

O estudo tem como população os funcionários dos Serviços Públicos de Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo e irá decorrer ao longo do ano de 2012.

1.3 RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO

O tema em estudo é extraordinariamente relevante para a Saúde Pública. Ao identificar e hierarquizar os factores determinantes de Saúde permitirá, caso os resultados deste estudo venham a ser significativos, estabelecer prioridades e períodos preferenciais de intervenção para a consolidação ou treino das capacidades analisadas. Sendo um estudo efectuado em meio laboral, particularmente em serviços de Saúde apresenta relevância imediata para as áreas de Saúde Ocupacional, Gestão de Recursos Humanos e Administração de Serviços de Saúde. Incidindo grande parte do treino de capacidades na população infanto-juvenil, mostra-se relevante em Promoção da Saúde, Infanto-Juvenil e Escolar.

1.4 AVALIAÇÃO DA EXEQUIBILIDADE DA INVESTIGAÇÃO

A revisão da literatura e a consulta a personalidades profundamente envolvidas nestes temas em causa, levaram a concluir que existem fundamentos teóricos

que permitem investigar o tema. Para além dos modelos clássicos de Epidemiologia, Educação e Promoção da Saúde, das Ciências da Saúde mental (Psiquiatria e Psicologia) é indispensável o contributo da Sociologia, e das Ciências da Actividade Física, Educação física e Desporto, entre outras áreas do saber. A presença na equipa multidisciplinar de técnicos com experiência de terreno e formação pós-graduada aliada à participação de Académicos especialistas no tema em estudo constitui uma garantia para a exequibilidade do processo de investigação e a pertinência da interpretação dos resultados obtidos.

Para além de uma equipa operacional, o Protocolo de investigação será previamente submetido a um grupo de peritos nas seguintes áreas:

- Psiquiatria – Dr. Luís Gamito
- Psicologia – Prof. Eduardo Sá
- Epidemiologia – Dr. Carlos Dias
- Sociologia – Prof. Luís Graça
- Administração de serviços de saúde – Dr. Paulo Espiga
- Promoção da Saúde – Prof. Isabel Loureiro
- Saúde Ocupacional – Prof. Carlos Silva Santos
- Educação Física e Desporto – Prof. Alves Dinis
- Estatística Dr. Baltazar Nunes

Estes peritos apoiarão o projecto através de um método de tomada de decisão por consenso (o método a adoptar será definido pelos próprios peritos) e que terá também a função de apreciar o protocolo e denunciar as suas fragilidades. O método proposto pelo investigador será o Focus Group. Este grupo será também solicitado a pronunciar-se na fase interpretação de resultados, discussão conclusões e recomendações.

A utilização de instrumentos de recolha de dados fáceis de utilizar e validados para a língua portuguesa ou para o cidadão português garantem que não serão

espectáveis problemas intransponíveis que possam vir a comprometer a exequibilidade do estudo.

2. QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

2.1 O STRESS

2.1.1 Definição de Stress

Claude Bernard (1879), Camon (1932) e Selye (1936) podem ser considerados os três grandes cientistas que levaram ao interesse crescente pelo tema do stress.

Selye (1974) defende que o stress é um processo inerente à vida de todos os organismos. Diz ainda que na ausência total de stress, ou seja, sem estimulação, um organismo morreria. Este autor defende que o stress é um termo positivo e que o “bom stress” (eustress), aquele que suscita uma resposta adaptativa por parte dos organismos, é necessário, e que o “mau stress” (distress) é um estímulo tão forte que é susceptível de provocar danos no organismo. Aquilo que a linguagem comum designa por stress, constitui uma degeneração do termo distress.

No entanto os bons ou maus resultados de determinado estímulo não dependem apenas da natureza e intensidade do stress mas fundamentalmente na capacidade de os indivíduos com e eles lidarem e o gerirem.

2.1.2 Psicofisiologia e Manifestações físicas do Stress

Por parecer mais claro optei por apresentar a fisiologia do Stress no quadro I

Quadro I. Manifestações físicas do Stress

<p>Eixo Hipo tálamo - Hipófise cortico-suprarenal</p>	<p>Eixo Simpático - Medular - supra-renal</p>
<p>↓</p>	<p>↓</p>
<p>SNC</p>	<p>SNC</p>
<p>↘</p>	<p>↘</p>
<p>Hipotálamo</p>	<p>Medula supra-renal segrega adrenalina e noradrenalina</p>
<p>↘</p>	<p>↘</p>
<p>Hipófise</p>	<p>Aumenta a actividade cardiovascular</p>
<p>↘</p>	<p>Aumenta a respiração</p>
<p>Córtex supra-renal segrega cortisol</p>	<p>Aumenta a transpiração</p>
<p>↘</p>	<p>Desvia irrigação para os músculos</p>
<p>Aumenta a libertação de energia</p>	<p>Estimula a actividade mental</p>
<p>Suprime a resposta inflamatória</p>	<p>Aumenta o metabolismo</p>
<p>Inibe a resposta imunológica</p>	

¹ “Adaptado de Bishop, 1994”

As respostas fisiológicas ao stress são:

Manifestações cardiovasculares ⇒ ↑TA, taquicardia, palpitações, sudação, rubor.

Manifestações respiratórias ⇒ Taquipneias, sensação de aperto na garganta.

Manifestações gastrointestinais ⇒ Anorexia, secura da boca, náuseas e vômitos, diarreia e obstipação.

Manifestações locomotoras ⇒ Astenia, lombalgias, tremores, tiques.

Manifestações genitourinárias ⇒ Poliúria, amenorreia.

Manifestações neurológicas ⇒ Cefaleias, tremores, alterações de visão.

Manifestações endócrinas ⇒ S.gripal, herpes, tuberculose.

Manifestações nervosas ⇒ Debilidade e dores musculares.

Outras ⇒ Insónia, sensação de fadiga, gaguez e voz trémula, instabilidade emocional. Sintomas dermatológicos – alopecia, acne...

É de realçar que muitas respostas aqui descritas são fisiológicas e não fitopatológicas, muitas delas são reacções biológicas e adaptativas do organismo não provocando efeitos deletérios na Saúde. É também de salientar que algumas destas respostas fisiológicas são comuns ao esforço físico.

2.1.3 Modelos de Stress na Saúde / Doença

De um modo geral podemos indicar três modelos interpretativos da relação do stress com os fenómenos de Saúde e de doença:

Modelo de Holmes & Roche ⇒ Stress como uma característica do estímulo, uma carga. Foca-se nos acontecimentos ou experiências nocivas do meio ambiente.

Modelo de Selye ⇒ Síndrome de Adaptação Geral. Stress como uma resposta fisiológica não específica (mas estereotipada). Síndrome que consiste em todas as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema biológico quando este é afectado por um estímulo nocivo ou carga excessiva.

Factor de stress → Reacção de alarme → Fase de resistência → Fase de
exaustão

Modelo transaccional de stress de Lazarus ⇒ Foca-se na interacção dinâmica entre o indivíduo e o meio e na avaliação subjectiva do stress que é feita pelo indivíduo.

2.1.4 Fontes de Stress

Existem inúmeras fontes de stress que afectam de modo diferente os indivíduos, as mais frequentemente citadas na literatura são:

- **Tempo**
 - Sobrecarga de trabalho
 - Falta de controlo sobre o Tempo
- **Interacções pessoais**
 - Conflitos de papel
 - Conflitos substantivos
 - Incompatibilidade
- **Situações**
 - Condições de trabalho desfavoráveis
 - Mudanças súbitas
- **Antecipação**
 - Expectativas desagradáveis
 - Receio

2.1.5 Estratégias para lidar com o Stress ¹

Quando sujeitos a uma fonte “stressora” os indivíduos desenvolvem estratégias que lhes permitem lidar com o stress de acordo com Carver e col (1997) estas estratégias são:

- “Auto distracção
- Coping activo
- Uso de substâncias
- Recurso ao suporte social por razões emocionais
- Recurso ao suporte social por razões instrumentais
- Comportamento de desprendimento
- Reinterpretação positiva
- Planeamento
- Negação
- Humor
- Aceitação
- Religião
- Culpa

Mais importante que a estratégia ou a fonte “stressora” o resultado depende da adequação da estratégia ou estratégias àquela fonte e da gestão que o individuo faz da ou das estratégias seleccionadas.

2.1.6 Definição de Coping

Coping – *“...Disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências de vida e padrões de papel auto protectores que o defendem contra ameaças subjacentes que são percebidas como ameaçadoras de uma auto- estima positiva; acompanhado por*

¹ “Adaptado de Carver e colaboradores, 1997”

um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização de aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.” (CIPE / ICNP, 2000)

O conceito de Coping tem sido descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou stressantes.

Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações stressantes, crónicas ou agudas, têm sido objecto de estudo da psicologia social, clínica e de personalidade, encontrando-se fortemente ligado ao estudo das diferenças individuais.

Três gerações de investigadores que se dedicaram ao estudo do coping estudo de Coping:

- ① O estilo Coping utilizado pelos indivíduos era considerado como estável, uma hierarquia de saúde versus psicopatologia. (Tapp, 1985)
- ② Coping é um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo, tanto quanto em traços de personalidade. (Folkman & Lazarus, 1985)
- ③ Estudo das convergências entre coping e personalidade. O interesse despertado pela credibilidade científica dos estudos sobre traços de personalidade tem aumentado a direcção dos estudos (Costa, 1986; O’Brwn & Delongs, 1996). Os traços de personalidade mais amplamente estudados que se relacionam às estratégias de coping são: optimismo, rigidez, auto-estima e locus de controlo.

2.1.7 Modelos de Coping

Estratégias de coping são um “Conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelo indivíduo com o objectivo de lidar com demandas específicas, intensas, que surgem em situações de stress e são

avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos pessoais”.(Lazarus & Folkman)

Esta definição implica que as estratégias de coping são acções deliberadas que podem ser aprendidas, usadas ou mesmo descartadas.

O modelo de Folkman & Lazarus envolve quatro conceitos:

1. Coping é um processo ou interacção entre o indivíduo e o meio ambiente.
2. A sua função é de administração da situação stressora, ao invés do controle ou domínio do mesmo.
3. Há uma presunção da noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo.
4. O processo de coping constitui-se num esforço, através do qual o indivíduo irá empreender processos cognitivos e comportamentais a fim de administrar (reduzir, diminuir ou tolerar) os elementos internos e externos que surgem da sua interacção com o ambiente.

Segundo Rudolph e colaboradores (1995), o coping deveria ser entendido como um episódio no qual há uma tentativa de separação entre três aspectos fundamentais: uma resposta ao coping, um objectivo subjacente a essa resposta e um resultado.

Tal resposta deve ser diferenciada de uma resposta de stress que é não intencional e sem objectivo. A resposta ao coping consiste numa Acção intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um stressor percebido, dirigido para circunstâncias externas ou internas. Já a resposta ao stress consiste em qualquer resposta, não intencional que envolve uma reacção comportamental espontânea, motora ou emocional

A resposta de coping é orientada para diminuir o stress.

Para Rudolph e colaboradores (1995) o episódio de coping faz parte de um processo que sofre a influência de dois tipos de variáveis:

1. Variáveis moderadoras que afectam a direcção ou intensidade da relação entre variável independente e dependente (Características da pessoa, temperamento, género, características do stress tipo, controle e contexto.
2. Variáveis Mediadoras, mecanismos através dos quais a variável independente é capaz de influenciar a dependente como por exemplo o coping.

Segundo Rudolph, os Variáveis **Moderadoras** podem estar relacionados com o conceito de recursos pessoais e socioecológicos de coping, descritos por Beresford (1994).

Os **recursos pessoais do coping** são constituídos por **variáveis físicas e psicológicas** que incluem saúde física, mental, crenças ideológicas, experiências prévias de coping, inteligência, e outras características pessoais.

Os **recursos sócio-ecológicos**, encontrados no ambiente do indivíduo ou no seu contexto social, incluem entre outros, relacionamento conjugal, características familiares, redes sociais, situação laboral, contexto organizacional, protecção social, recursos financeiros ou práticas e circunstâncias económicas.

Neste sentido, segundo Beresford (1994), os recursos de coping estão fortemente ligados à vulnerabilidade, já que a vulnerabilidade dos efeitos do stress é mediada por recursos de coping.

Stress e vulnerabilidade podem ser um círculo vicioso, em que o stress afecta os recursos de coping e aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos.

2.1.8 Estratégias de Coping e Estilos de Coping

Frequentemente usados como sinónimos convêm destringir claramente os conceitos de estratégias de coping e estilos de coping. As primeiras são do domínio da personalidade enquanto os segundos estão relacionados com acções cognitivas, respostas motoras ou comportamentos adoptados numa situação “stressante” (No entanto, os estilos podem influenciar as estratégias)

Os estilos de coping não são definidos em termos de preferência a um aspecto de coping sobre outros, mas sim a tendência a usar uma reacção de coping em maior ou menor grau, frente a situações de stress. Os estilos de coping não influenciam necessariamente a presença de traços subjacentes de personalidade que predispõe a pessoa a responder de determinada forma.

Na literatura sobre coping (Compus, 1987 e Rudolph, 1995) têm sido focados traços ou estilos de personalidade relacionados com coping.

Destaca-se o estudo da Personalidade A (controlador, repressor, primário...) e B Personalidade, Comportamento A (segundo Mathew, 1982)

(faz mais esforços para controlar uma situação que o B)



- Tem eventos potencialmente incontroláveis
- Luta competitiva
- Urgência
- Impaciência
- Agressividade

Estilo Controlador ≠

Desatento

(Estratégias para estar alerta a situações negativas, procurando

(Distracção e protecção cognitiva das fontes)

formas de controlá-lo)

As **estratégias**, ao contrário dos estilos, têm sido vinculadas a factores situacionais(Folkman&Lazarus)

Estas estratégias podem mudar, de momento para momento, durante os estágios de uma vida stressante.

As estratégias reflectem acções, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com o stressor.

As estratégias podem ser classificadas em dois tipos (dependendo da sua função):

Focalizada no problema – Esforço para actuar na situação que deu origem ao stress, tentando mudá-la. Pode incluir reestruturação cognitiva, como a redefinição do elemento stressor.

Focalizada na Emoção – Esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress, ou é o resultado de eventos stressantes. São dirigidas a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos cujo objectivo é alterar o estado emocional do indivíduo. (Ex. fumar um cigarro, olhar para o relógio, tomar comprimidos).

Mais recentemente foi apresentada uma terceira estratégia de coping, **focalizada nas relações interpessoais**, na qual o sujeito busca apoio nas pessoas do seu círculo pessoal para a resolução da situação stressante. (Coyne e Delongs, 1986)

2.1.9 Estilos de Coping e Variáveis de Personalidade

Os estilos de coping relacionam-se com variáveis de personalidade, que tem vindo a ser identificadas e medidas, tais como:

- **Autoconceito**

“...compreende atitudes relacionadas consigo próprio, percepção das suas capacidades pessoais, imagem física e identidade, bem como o sentido geral do seu valor”. (Carlson & Blackwell, 1982)

- **Autoeficácia**

“...juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca da sua capacidade de organizar e implementar actividades, em situações desconhecidas, passíveis de elementos ambíguos, imprevisíveis e geradoras de stress”. (Ribeiro, 1993: pg.231)

- **Locus de Controle**

Foi definido por Rotter (1966) como *“...a percepção que o indivíduo tem de que o reforço sucede ou é contingente ao seu comportamento, versus a percepção que tem e que o reforço é controlado por forças exteriores a ele e que pode ocorrer independentemente da sua acção”.* (Ribeiro, 1993: pg.107)

- **Suporte Social**

“...a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostem de nós”. (Sareson, Levine, Bslam & Sareson, 1993)

No presente projecto propomo-nos a analisar três destas variáveis.

2.2 SRESS E PARADIGMA SALUTOGÉNICO

Ao longo da sua existência o ser humano é confrontado com uma multiplicidade de acontecimentos que implicam consequências no seu desenvolvimento, assim como no seu bem-estar psíquico, físico social e espiritual. Perante o mesmo acontecimento, ou cadeia de acontecimentos, os

indivíduos são afectados e reagem de modo diferente, em consequência factores intrínsecos e extrínsecos que condicionam essas respostas. O *sentido de coerência* é um conceito que exprime uma característica intrínseca, própria a todos os indivíduos, e constitui uma variável importante na sua capacidade de lidar com os agentes stressores.

O paradigma salutogénico emerge progressivamente como uma proposta fundamental na abordagem da Saúde, fruto do desenvolvimento simultâneo de vários constructos teóricos que indiciam claramente a emergência de um novo conjunto de crenças fundamentais relacionadas com a saúde (Locus of control (ROTTER, 1966), social interest (CRANDALL, 1984), personality hardiness de Kobasa (KOBASA, 1979), self directness (KOHN, 1983), self esteem de Crandall e Coopersmith (CRANDALL, 1973) (COOPERSMITH, 1983), potency de Ben-Sira (BEN-SIRA, 1985), stamina de Thomas (THOMAS, 1981) e Colerick (COLERICK, 1985) ou ainda learned resourcefulness de Rosenbaum (ROSENBAUM, 1988), o optimism de Sheier (SHEIER, 1985), o sense of humor (LEFCOURT, 1986), self efficacy and human agency (BANDURA, 1977, 1982, 1989), o constructo resiliency (MCCUBBIN, 1994). (Saboga Nunes 2006, p2)

Vários estudos indiciam a confluência de vários destes constructos teóricos, fortalecendo a convicção de que algumas das suas dimensões e itens poderiam estar a medir algo de semelhante podendo, por isso, constituir-se em medidas redundantes (KOROTKOV, 1994). Nasceu assim o conceito de modelo superlativo de moderação do stress – *superordinate stress moderator* – que referencia um conjunto de meta-recursos pessoais (extroversão, emoção - LAZARUS, 1993) que estão posicionados para além destes que apresentámos anteriormente. Construído como um constructo unificador e global, ele é capaz de incluir os efeitos moderadores de alguns dos recursos mais comuns e específicos considerados de ordem primária (e.g. Locus de controlo, optimismo, SCO).

Todos estes constructos teóricos têm, entre outros, como factor comum a compreensão da gestão do stress e manutenção da saúde (ANTONOVSKY, 1987), assumindo, por isso, no um papel importante na investigação em saúde.

Todos eles dão origem a variáveis Salutogénicas que podem ser medidas e analisadas com recurso a métodos epidemiológicos.

A teoria do Stress está associada às teorias relativas aos acontecimentos de vida, que analisam os diferentes efeitos que os stressores provocam nos indivíduos. Estes são responsáveis pelo desencadear de respostas que transportam em si elementos prejudiciais ou favoráveis à Saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades.

O sucesso de uma boa estratégia de *coping* enquanto reacção mais ou menos efectiva aos estímulos provocados pelos acontecimentos de vida – depende fundamentalmente da capacidade de mobilização de três tipos de r e s p o s t a s (comportamentais, emocionais e cognitivas).

Na última década verifica-se o distanciamento da comunidade científica relativamente ao estudo das relações directas existentes entre os acontecimentos de vida e a doença, no estudo das variáveis que influenciam o sentido e a intensidade das associações entre o stress e a saúde e passou-se a olhar, cada vez com maior interesse, para as variáveis que protegem os indivíduos dos efeitos do Stress.

Estas variáveis auto reguladoras (ou factores de protecção) passaram a ser designadas por *moderadores de stress, recursos*, ou variáveis *tampão (buffer variables)*.

Tal como foi anteriormente referido ao estudar populações sujeitas a situações extremas Antonovsky identificou a capacidade que estes indivíduos

manifestavam de encontrar *coerência interna* na sua vida a despeito das perdas e provações a que tinham estado sujeitos.

Chegou assim à conclusão, por um lado, que os agentes stressores eram onnipresentes, com os seus inevitáveis efeitos deletérios, mas em compensação existiam também capacidades de resistência dos indivíduos envolvidos nessas experiências extremas.

A grande questão consiste em identificar os determinantes que condicionavam esta capacidade de resistência. Estas questões levaram Antonovsky à definição dos *recursos generalizados de resistência*.

2.2.1. Os recursos generalizados de resistência

“Os recursos generalizados de resistência (RGR são fenómenos que proporcionam ao indivíduo um conjunto de experiências de vida caracterizadas pela consistência, pela participação individual na obtenção dos resultados da acção, e pela possibilidade de fazer um balanço positivo/negativo da sua acção” (ANTONOVSKY, 1987).

Os RGR permitem que o indivíduo assuma o controlo sobre os agentes stressores. Descrevendo alguns desses dispositivos que facilitam a gestão da tensão numa situação de solicitação (ANTONOVSKY, 1987), estes podem ser agrupados nas seguintes dimensões:

- RGR físicos ou bioquímicos, tais como imunossupressores e potenciadores;
- RGR artefactuais e materiais
- RGR cognitivos
- RGR emocionais
- RGR interpessoais
- RGR macros socioculturais, constituídos pelas estruturas sociais.

Os indivíduos divergem no modo e na intensidade da utilização dos recursos que tem ao seu dispor para lidar com a situação. Estas diferenças são mensuráveis através do nível de SCO:

Pessoas com um forte SCO estarão mais aptas a manifestar *readiness and willingness to exploit the resources that they have at their potential disposal* (ANTONOVSKY, 1984b). Como exemplo, Antonovsky menciona que o dinheiro só é útil quando gasto; os amigos, são úteis quando são parte da nossa vida e com quem se comunica; e as normas sociais claras e nítidas só são úteis quando aplicadas em situações concretas (Saboga Nunes 2006, p 19). São estas experiências específicas da vida – às quais Antonovsky chama *recursos generalizados de resistência* – que determinam o SCO (ANTONOVSKY, 1987).

2.2.2. O modelo SCO

ANTONOVSKY (1987) define sentido de coerência como *“uma orientação global que expressa a extensão em que uma pessoa tem um sentimento de confiança generalizado e estável embora dinâmico, e que se traduz o estímulo que deriva dos seus ambientes externos e internos a que está sujeito no decurso da sua vida sendo percebido como sendo estruturado, previsível e explicável,*

De acordo com Luís Saboga Nunes o modelo de análise de Antonovsky apresenta alguns pontos essenciais :

“Superação do reduativismo da etiologia da doença e convite a uma consideração da experiência totalizadora da vida do indivíduo; rejeição da classificação dicotómica (pessoas saudáveis e pessoas doentes) e estabelecimento de um contínuo multidimensional: disfuncional/funcional; duas consequências emergem desta implicação: formulação posiciona-se ao longo do contínuo, e toda a população torna-se em objecto de estudo – não só pequenas amostras de indivíduos caracterizados por alguma forma patogénica. O foco do estudo também é alterado: procura-se conhecer o posicionamento do indivíduo no contínuo, ou no caso dos grupos, a sua distribuição ao longo desse contínuo, com as contribuições clínicas centradas no esforço de mover as

peçoas rumo ao pólo de máxima funcionalidade”...

Em vez da busca das causas da doença (nos stressores) é oportuno inquirir sobre os factores envolvidos no posicionamento do indivíduo no contínuo, rumo ao extremo da saúde.

A constatação de que nunca se poderão anular completamente os factores stressantes da vida quotidiana, mas é possível reduzir o seu impacto. Deixando de se considerar os agentes stressores como obrigatoriamente negativos (ANTONOVSKY 1979, 1984), estes passam a ser considerados como passíveis também de consequências saudáveis. (Sendo que os stressores são endémicos e todos os indivíduos possuem uma elevada carga de stressores, alguns mantêm-se junto ao pólo de funcionalidade ou progridem relativamente a ele. Isto implica que os stressores devem ser, por princípio, neutros nas suas consequências para a saúde. As consequências dependem da efectividade da resposta do indivíduo ao stressor. O stressor desperta uma condição de tensão na pessoa. Se essa tensão for gerida de uma maneira pobre, a porta abre-se para a doença, mas, se for correctamente gerido, o stressor poderá permanecer neutro ou mesmo tornar-se salutogénico. Em contraste com a questão patogénica como podemos mitigar, eliminar ou erradicar este ou aquele stressor, a questão de partida salutogénica é como podemos nós viver e viver bem, com os stressores, e possivelmente utilizá-los a nosso favor? (ANTONOVSKY, 1984 (Saboga Nunes 2006)

A questão de partida salutogénica é considerar o que faz com que alguns, mesmo que em menor quantidade do que num grupo de controlo, estejam bem de saúde (ANTONOVSKY, 1984), questão de partida completamente diferente daquela que tradicionalmente caracteriza uma hipótese patogénica tradicional, que valoriza o estudo de determinados fenómenos mórbidos bem como identificar os seus factores determinantes.

A. Antonovsky coloca cada indivíduo no contínuo, a partir de uma hipotética estrutura cognitivo-emocional-social, que ele designa por *the sense of*

coherence (o sentido de coerência- SCO).

Para A. Antonovsky, o SCO é uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara os estímulos emanados dos meios interno ou externo de uma existência como estruturados, predizíveis e explicáveis (*capacidade de compreensão -comprehensibility*); que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos - (*capacidade de gestão - manageability*); e que essas exigências são desafios, capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo - (*capacidade de investimento - meaningfulness*)

- **A Capacidade de Compreensão - comprehensibility** - (Ccom) resume a maneira como o indivíduo apreende os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada (ANTONOVSKY, 1987).
- **A Capacidade de Gestão - manageability** - (CGma) consiste na percepção que o indivíduo desenvolve dos recursos pessoais ou sociais que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo. Quanto mais alto o sentido de gestão do indivíduo, menos este se sente atingido negativamente pelos acontecimentos, e, menos considera a vida como antagónica
- **A Capacidade de Investimento - meaningfulness** - (CImea) refere a capacidade de sentido que o sujeito retira dos acontecimentos de vida, e por isso encontra razão para neles investir a sua energia e interesse. Não se trata de encontrar satisfação em tudo o que acontece na vida, mas de investir recursos para superar as situações com dignidade (ANTONOVSKY, 1987)(Saboga Nunes 2006, p 24 e 25).

O SCO, que identifica o núcleo central constituído por estas três componentes, assume um carácter cognitivo-afectivo e informacional, permitindo ao indivíduo negar a aparente desordem da sua vida (ou do acontecimento de vida que a implica) recuperando ordem e coerência, ao integrar esse acontecimento na sua experiência de vida. A construção teórica deste conceito foi conseguida a partir de cinquenta e uma entrevistas em profundidade que Antonovsky realizou a pessoas que tinham passado por momentos suficientemente desorganizadores da experiência de vida (como grupos étnicos dos bairros pobres norte-americanos ou sobreviventes do holocausto) mas que, de acordo com os indivíduos que os identificaram para o estudo, tinham reagido excepcionalmente bem.

A fim de tentar compreender como estes indivíduos analisavam a sua própria experiência de vida, Antonovsky desenvolveu várias centenas de itens abrangendo para além destas três componentes do seu conceito (Ccom, CGma, Clmea) a noção de recursos generalizados de resistência (RGR).

Completando este quadro teórico de conceptualização do SCO, cada uma das componentes pode possuir um valor alto ou baixo. Assim, é possível encontrar oito tipos de SCO (SABOGA NUNES, 1998) a que corresponderiam estruturas preditórias diferentes, resultado do cruzamento das três componentes: Ccom, Cgma e Clmea.

O conceito de Antonovsky constitui uma proposta inovadora na identificação das características do indivíduo, que facilitam uma estratégia na resolução de problemas e gestão do *stress* da vida, desempenhando uma acção promotora da saúde mental e da qualidade de vida (Saboga Nunes, 1999). Perante a hipótese de que um alto SCO aproxima o indivíduo no contínuo disfuncionalidade/funcionalidade do pólo de máxima funcionalidade, uma permanente

variação no sentido de um baixo SCO está relacionada com os indicadores reveladores de uma gestão precária da saúde, será lícito pensar os sujeitos com um SCO mais alto apresentam menor absentismo por doença de média e longa duração, isto é, se são menos vulneráveis aos efeitos dos stressores a que estão sujeitos.

2.3. APTIDÃO FÍSICA

Definir aptidão física não é de forma alguma uma tarefa fácil, uma vez que expressões como aptidão física, aptidão motora, capacidade motora, condição física, entre outras, têm sido várias vezes usadas como sinónimos.

O Conselho do Presidente sobre Fitness, Desporto e Nutrição (PCFSN), órgão que funciona na dependência da Casa Branca definiu em 1971 Aptidão física como:

"A capacidade de executar tarefas diárias com vigor e vivacidade, sem fadiga excessiva e com ampla energia para apreciar as ocupações das horas de lazer e para enfrentar emergências imprevistas."

Em 1980 Clark adicionou: "Então a aptidão física é a capacidade de durar, de continuar, de resistir ao stress, de persistir em circunstâncias difíceis onde uma pessoa destreinada desistiria".

Para Caspersen et al. (1989) a aptidão física é "um conjunto de atributos que as pessoas têm ou adquirem e que estão relacionados com a capacidade de realizar actividades físicas". Trata-se portanto de um conjunto de atributos ou melhor, de capacidades...

Pate (1988), refere três categorias fundamentais para sustentar a definição de aptidão física: (1) abordar as capacidades funcionais exigidas para um envolvimento produtivo nas actividades do dia-a-dia; (2) incluir aspectos relativos à saúde; e (3) empregar uma linguagem clara. Respeitando estas três categorias o autor define a aptidão física como "um estado caracterizado pela

capacidade em executar actividades diárias com vigor e evidenciar traços ou características que estão associadas ao risco reduzido de desenvolvimento prematuro de doenças designadas de hipocinéticas, i.e. aquelas que estão relacionadas com a inactividade física”. Introduz portanto a componente da Saúde na definição de Aptidão Física.

As definições acima citadas não estão isentas de críticas. Maia (1996) refere que a aptidão física só pode ser entendida na sua multidimensionalidade. Daí tornou-se consensual que a aptidão física possa ser melhor representada por um perfil multidimensional onde é evidente a expressão diferencial das suas componentes.

Existem duas acepções possíveis: a aptidão física possíveis, uma é a **aptidão física relacionada com a saúde** e a outra é a relacionada à **performance desportiva**. Alguns autores consideram como a aptidão para a própria vida.

A primeira refere-se à **condição física** nas capacidades que estão intimamente relacionadas com a saúde e a qualidade de vida das pessoas, sendo a flexibilidade, a resistência aeróbica, a força e composição corporal as suas componentes principais .

A flexibilidade aliada aos níveis de força está relacionada à incidência de dores, desvios posturais e lesões músculo-esqueléticas, principalmente na região lombar, a resistência aeróbica está ligada à saúde cardiorespiratória e a composição corporal determina níveis de sobrepeso, a obesidade (e as patologias a esta associadas), bem como subnutrição.

A segunda refere-se à aptidão para o desempenho em actividades desportivas que associam, além das capacidades acima citadas, a agilidade, velocidade, equilíbrio postural, coordenação motora.

A aptidão para performance depende de modo determinante do património genético, já na aptidão associada à saúde, os componentes podem ser melhorados mais facilmente através do treino e da prática de actividade física.

Todas essas definições oferecidas parecem prudentes e claras, no entanto, variáveis como vigor, prontidão, fadiga, alegria, apreciação, não são fáceis de ser medidas. Para esclarecer o significado de aptidão física é importante

identificar os componentes que podem ser definidos, medidos e desenvolvidos....

O quadro 2 expressa as cinco componente e os respectivos factores da aptidão física associados à saúde.

Quadro II. Componentes e Factores da Aptidão Física associados à Saúde (adaptado de Bouchard & Shephard, 1992)

Componentes					
	Morfológica	Muscular	Motora	Metabólica	Cárdio-respiratória
Factores	Índice ponderal	Potência	Agilidade	Tolerância à glicose	Potência
	Composição corporal	Força	Equilíbrio	Sensibilidade à	aeróbia máxima
	Distribuição das gorduras subcutâneas	Resistência	Coordenação	insulina	Função cardíaca
	Gordura Visceral Abdominal		Velocidade de	Metabolismo lipídico e lipoproteico	Função pulmonar
	Densidade óssea		Movimento	Características de oxidação e substratos	Tensão arterial
	Flexibilidade				

Para Bouchard & Shephard (1994), o estado dinâmico e a variabilidade intra e inter sujeitos depende do estilo de vida, atributos pessoais, envolvimento físico-social e hereditariedade. Ao nível dos comportamentos, os autores realçam o tabaco, o álcool, a alimentação, entre outros. Nos atributos pessoais, incluem-se

a idade, o sexo, o estatuto sócio-económico, a motivação, e as características da personalidade do indivíduo.

2.3.1. Aptidão aeróbica

Para muitos autores a Aptidão aeróbica é a componente mais importante da aptidão física. Níveis razoáveis de aptidão (ou capacidade) aeróbica estão directamente relacionados com menores incidências de doenças cardíaco-cérebro-vasculares, doenças oncológicas diabetes e obesidade (Blair e col.).

A Capacidade aeróbica relativa ao peso corporal é considerada um dos melhores indicadores de capacidade cardiorespiratória. Tal como noutros domínios da aptidão física, a nomenclatura ainda não se encontra totalmente normalizada surgindo esta capacidade mencionada na literatura como: aptidão cardio-vascular, aptidão cardiorespiratória, resistência cardiorespiratória, aptidão aeróbica (designação adoptada pelo IDP), capacidade de trabalho aeróbio, capacidade de trabalho físico. Embora possa haver pequenas diferenças conceptuais nas suas definições podemos considerar todas estas designações como sinónimos. A melhor maneira de medir e quantificar esta capacidade é através do Volume expiratório máximo por minuto. Também pode ser medida através de testes físicos.

1.3.2. Composição corporal

A Avaliação da composição corporal permite distinguir e estimar a percentagem de massa corporal que corresponde a massa gorda daquela que é isenta de gordura (músculos, ossos, órgãos). Uma composição corporal equilibrada é descrita como factor de protecção para doenças cardíaco-cérebro-vasculares, doenças oncológicas diabetes e obesidade. A sua importância tem vindo a aumentar uma vez que se observa a tendência para o aumento da percentagem de gordura em relação ao passado com os respectivos efeitos deletérios na saúde das pessoas e na sustentabilidade dos Sistemas de Saúde.

A percentagem de gordura, isto é, a percentagem do peso corporal total que é peso de gordura, é o índice preferido para avaliar a composição corporal de uma pessoa.

Para os homens, os níveis de gordura estão óptimos, quando a percentagem de gordura estiver abaixo de 15%, e são considerados obesos quando esta percentagem estiver acima de 25%. Para as mulheres, um nível de gordura abaixo de 20% está óptimo, e acima de 33% é considerado obesidade.

Foram desenvolvidos vários métodos para estimar a composição Corporal nomeadamente, a pesagem hidrostática, a estimativa da água corporal, medição de pregas adiposas, impedância bio eléctrica e o IMC (Índice de Massa Corporal). Todos estes métodos têm erros de 2 a 3% com a excepção do IMC que apresenta erros na ordem dos 5 a 6%.(Lohaman 1992). A melhor predição surge como a obtida com recurso à antropometria.

2.3.3. Aptidão muscular

A Aptidão muscular é composta por três variáveis: Força, Resistência muscular e flexibilidade.

Uma disfunção músculo-esquelética de elevada prevalência é a "dor na coluna lombar".

Registos históricos revelam que Hipócrates, o "pai da medicina" aventou a hipótese de que o homem apresentava dores na coluna em virtude de seu bipedismo e da posição erecta em que caminha. Foi somente a partir da revolução industrial que os problemas da coluna, com destaque para as dores lombares, ganharam importância crescente, em virtude de sua alta incidência. Excluindo a gripe e o resfriado, a lombalgia é a causa mais frequente de incapacidade temporária para o trabalho nos países industrializados. Os operários que ainda têm que fazer algum "trabalho braçal" e para isso usam a coluna como alavanca para levantar objectos, bem como aqueles que fazem trabalho sedentário, pois passam a maior parte do tempo em cadeiras,

poltronas e mesas inadequadas, são os mais atingidos. Junte-se a essas causas, uma outra de ordem emocional que afecta a todos que vivem numa sociedade competitiva, extremamente desgastante e em constante stress, tensão, que repercute principalmente na musculatura das costas, causando fadiga e dores. A vida sedentária produz músculos abdominais flácidos, por falta de exercícios, mas os músculos das costas (principalmente da região lombar) ficam tensos, duros encurtados, por problemas emocionais e sociais.

Teoricamente, músculos fracos cansam-se mais facilmente e não podem sustentar a coluna num alinhamento correcto. Quando se está em pé, os músculos abdominais fracos e os músculos posteriores das coxas encurtados, fazem com que a pélvis se incline para a frente, causando uma hiperlordose na coluna lombar. Esse stress na coluna causa a chamada "dores nas costas" ou em termos técnicos lombalgia.

O fortalecimento da musculatura abdominal e a melhoria da flexibilidade da coluna e da coxa, com o consequente alongamento das musculaturas posterior do tronco e posterior das coxas, podem prevenir esta síndrome.

As três componentes da Aptidão Muscular (Força, Resistência muscular e flexibilidade) são aqui agrupados numa única categoria de aptidão física uma vez que o estudo pretende avaliar o estado funcional do sistema músculo-esquelético e avaliar o seu impacto na saúde, também os teste aplicados para medir as variáveis são comuns. É importante ter uma força muscular que permita realizar tarefas complexas com carga e sob tensão durante determinado período de tempo e simultaneamente manter uma flexibilidade que permita os membros explorarem toda a amplitude articular possível. Na avaliação destas variáveis serão testadas as partes superiores do tronco e a musculatura abdominal, uma vez que são responsáveis pela assumpção de uma postura correcta e com o bem-estar e saúde funcional, reduzindo deste modo as dores posturais, dores lombares e restrições à autonomia dos movimentos. A força e resistência abdominal, ajuda à manutenção de uma postura correcta e

ao alinhamento da cintura pélvica factor indispensável á conservação da Saúde na região lombar.

2.3.4. Força

A força é a capacidade de vencer resistências ou forças através da actividade muscular (Grosser e Negmaier, 1986)

A qualidade da força é importante em todas as actividades, mas em cada uma manifesta-se com medida e características diferentes (Raposo, 2000). Ainda de acordo com o mesmo autor, numas actividades requer-se força máxima, noutras força e velocidade e noutras, ainda, força de resistência. A força assume diferentes formas de manifestação, podendo ser consideradas, quer pelo aspecto geral quer pelo aspecto específico. A força geral é uma manifestação de força de todos os grupos musculares, independente da actividade em causa. A força específica é uma forma de manifestação típica de força dos músculos ou de grupos musculares directamente implicados numa actividade específica. A Força é considerada por muitos a componente mais importante da Aptidão muscular.

2.3.5. Resistência muscular

Define-se como resistencia muscular a capacidade de um grupo muscular executar contrações repetidas por um período de tempo suficiente para causar a fadiga muscular ou manter estaticamente uma percentagem específica de contração voluntária muscular (CVM) por um período de tempo prolongado.

2.3.6. Flexibilidade

A flexibilidade é a capacidade que uma articulação tem de realizar movimentos de grande amplitude, solicitando, essencialmente, a elasticidade muscular

(Raposo, 2000). O mesmo autor acrescenta que uma boa flexibilidade permite um desempenho máximo das capacidades musculares e neuromusculares.

Adelino et al. (1999), referem que a inclusão do treino da flexibilidade nos programas de treino dos jovens atletas é fundamental, uma vez que com o aumento da força está associado, geralmente, um decréscimo dos níveis de flexibilidade muscular. Com o aumento da idade verifica-se uma tendência para o decréscimo da flexibilidade. O aumento da Força sem acréscimo de flexibilidade acentua o risco de lesões desportivas.

O treino da flexibilidade segundo Raposo (2000) e Adelino et al. (1999), tem uma grande importância na prevenção de lesões ao nível das várias estruturas, enquanto a sua redução pode contribuir de uma forma muito significativa para as dificuldades de aprendizagem das técnicas desportivas, uma vez que há uma redução da amplitude dos movimentos. No entanto, importa referir que segundo Gil (1998), o desenvolvimento excessivo da flexibilidade pode comprometer seriamente a técnica de execução, pelo que se deve procurar a relação ideal entre a força e a flexibilidade.

2.3.7. O Fitnessgram

O FITNESSGRAM é um programa de educação e avaliação da aptidão física relacionada com a saúde. Utiliza um software para a introdução e análise de resultados, elaboração de um relatório individual e um registo global dos resultados obtidos por cada turma ou grupo de alunos e Integra os programas de Educação física dos Ensinos Básico e Secundário. Pode ser utilizado como neste caso em contexto extra-escolar.

Avalia três componentes da aptidão física consideradas importantes pela sua estreita relação com a saúde em geral e com o bom funcionamento do organismo.

As três componentes são a **aptidão aeróbia**, a **composição corporal** e a **aptidão muscular** (força, resistência muscular e flexibilidade).

Por outro lado, o FITNESSGRAM baseia-se na concepção de uma aptidão física relacionada com a saúde, cuja avaliação funciona como elemento motivador para a actividade física regular, ou ainda como instrumento cognitivo para informar os alunos através de relatórios acerca das implicações que a aptidão física e a actividade física regular têm para a sua saúde.

Também é importante referir, que o FITNESSGRAM compara os resultados dos testes com valores de referência associados a importantes indicadores de saúde (derivados de estudos cuidadosamente executados) e não valorizando excessivamente o desempenho desportivo ou motor.

3. FINALIDADE E OBJECTIVOS

3.1 FINALIDADE

Contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da Saúde, através do estudo de uma população invulgarmente saudável comparando com a população complementar.

3.2 OBJECTIVOS

3.2.1 OBJECTIVOS GERAIS

O objectivo geral do estudo visa: identificar e hierarquizar os principais factores salutogénicos bem como hierarquiza-los por intensidade de associação

3.2.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

A partir deste objectivo, figuram-se outros objectivos de carácter específico:

1. Determinar os valores de SOC nas duas populações e calcular a respectiva razão das probabilidades complementares (nas suas três vertentes).
2. Determinar Locus de Controlo nas duas populações e calcular a respectiva razão das probabilidades complementares.
3. Determinar os valores de Auto-conceito nas duas populações e calcular a respectiva razão das probabilidades complementares.
4. Determinar os valores de Auto-eficácia nas duas populações e calcular a respectiva razão das probabilidades complementares.
5. Determinar os valores de Capacidade aeróbica, nas duas populações e calcular a respectiva razão das probabilidades complementares.
6. Determinar os valores de Composição corporal nas duas populações e calcular a respectiva razão das probabilidades complementares.

7. Determinar os valores de Aptidão Muscular nas duas populações e calcular a respectiva razão das probabilidades complementares (nas suas três vertentes).

3.3 HIPÓTESES

1. Os valores de Sentido de Coerência (SOC) dos casos são superiores aos dos controlos
2. A população com Locus de Controlo externo dos casos é significativamente maior do que a dos controlos.
3. Os valores de Auto-conceito dos casos são superiores aos dos controlos
4. Os valores de Auto-eficácia dos casos são superiores aos dos controlos
5. A Capacidade AERÓBICA dos casos é superior à dos controlos
6. A Massa Gorda dos casos é inferior à dos controlos
7. A Aptidão Muscular dos casos dos casos é superior à dos controlos

As Hipóteses serão formuladas enquanto Hipótese nula (H_0) visando a sua rejeição.

4. MATERIAL E METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo a realizar será um estudo epidemiológico, tipo caso-controlo. Estes estudos comparam grupos. Um dos grupos é constituído pelos casos, população onde se apresenta o fenómeno em estudo (normalmente uma doença ou estado mórbido, mas neste caso uma população invulgarmente saudável). O outro ou outros grupos são constituídos pelos controlos, indivíduos onde esse fenómeno se não verifica, mas só diferem dos casos por esta situação. O estudo visa identificar e quantificar os factores a que os indivíduos estiveram expostos. Com este tipo de estudo podem-se analisar vários factores em simultâneo.

Propõe-se assim, um estudo quantitativo, analítico tipo caso controlo utilizando-se um caso para três controlos, emparelhado por idade, género, carreira, grau de carreira, instituição onde presta serviço e residência, com recolha de informação através do questionários auto-preenchidos e da bateria de testes FITNESS GRAM..

Os Estudos caso-controlo baratos e fáceis de executar, normalmente de curta duração, facilmente reprodutíveis e muito boas para estudar fenómenos incomuns ou de latência longa. Para além disto permitem analisar em simultâneo vários factores associados ao fenómeno em estudo. No entanto têm também limitações: não permitem calcular a incidência nem o cálculo directo do risco relativo e são facilmente susceptíveis à introdução de viéses, uma vez que em muitos casos as variáveis interferentes são dificilmente identificáveis ou controláveis. Por vezes é difícil constituir o grupo de controlo. Embora não permitam o cálculo directo do Risco Absoluto e consequentemente do Risco Relativo, permitem no entanto a obtenção da Odds Ratio (OR), em português: Razão das Probabilidades Complementares (probabilidade nos casos sobre probabilidade nos controlos) cujo valor, em estudos bem elaborados, com

amostras significativas e um bom controlo das variáveis interferentes, se aproxima muito do verdadeiro risco relativo, pelo que alguns autores também denominam as OR como Risco Relativo Estimado.

A escolha deste tipo de estudo prende-se com o facto de este ser pouco dispendioso, exigir poucos recursos humanos e materiais para a sua realização, útil para examinar um grande número de variáveis e finalmente, ser exequível para um Médico da Especialidade em Saúde Pública que se manterá em plena laboração. O estudo decorrerá de 1/01/2012 a 31/12/2012 e será realizado em todas as Unidades de Saúde que integram a ARS Alentejo.

Previamente ao estudo caso-controlo realizar-se-á um inquérito destinado a identificar a auto-percepção de Saúde ao universo dos funcionários da ARS Alentejo permitindo caracterizar de modo sistemático esta variável bem como observar as diferenças apuradas relativas às variáveis demográficas, género, escalão etário e grupo profissional. A Auto-percepção será avaliada com uma escala qualitativa, ordinal pedindo-se aos indivíduos que classifiquem a sua Saúde de 1 a 5 em que 1 significa Saúde muito má e 5 muito boa, este método simples e rápido, tem vindo a ser profusamente utilizado principalmente em projectos da Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO) como o Projecto Saúde Bem-estar e Envelhecimento (SABE).

3.2 UNIDADE DE OBSERVAÇÃO E POPULAÇÃO EM ESTUDO

A unidade de observação é o profissional de Saúde da ARS Alentejo. Para este estudo serão considerados, os indivíduos com relação jurídica de emprego com a ARS Alentejo e mais de dois anos de desempenho da função actual.

4.3 DEFINIÇÃO DE CASOS E CONTROLOS

São considerados casos os indivíduos que se situem acima do percentil 95 de assiduidade quando consideradas as faltas por doença ou gravidez de risco e

que simultaneamente possuam uma Auto-percepção de Saúde classificada como muito boa.

Os Serviços Públicos de Saúde da ARS Alentejo têm uma população estimada de 8953 funcionários pelo que se prevê que cerca de 400 indivíduos preencham os requisitos para a definição de caso.

Os controlos devem ter características o mais semelhantes possíveis às dos casos, serão emparelhados por escalão etário, escolaridade equivalente, Unidade funcional de Saúde, carreira, grau de carreira e serão seleccionadas aleatoriamente três casos para cada controlo. Nos casos dos Técnicos de Diagnostico e Terapêutica e Técnicos superiores de Saúde serão também emparelhados por licenciatura e os Médicos por especialidade.

São excluídos do estudo, pessoas que tenham gozado licenças por um período superior a dois meses durante os dois anos em estudo, trabalhadores estudantes, equiparação a bolseiros e licenças de maternidade e paternidade com duração superior a dois meses.

4.4 FONTES E SUPORTES DE INFORMAÇÃO

As fontes de dados utilizadas serão:

- Os resultados do inquérito de Auto-percepção de Saúde
- A base de dados de assiduidade da ARS Alentejo, as bases de dados das duas ULS , do Hospital do Espírito Santo de Évora e do Hospital do Litoral Alentejano.
- Numa segunda fase do estudo, o investigador analisará detalhadamente, o processo do funcionário para confirmar a sua classificação como caso.

Numa segunda fase do estudo, o investigador analisará detalhadamente, o processo do funcionário para confirmar a sua classificação como caso.

4.5 METODO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha e o tratamento dos dados serão pelo investigador directamente a partir das bases de dados anteriormente descritas e irão decorrer de forma faseada, sendo necessário formalizar as respectivas autorizações de acesso aos dados através dos pedidos ao Conselho Directivo da ARS e aos órgãos executivos das unidades de Saúde (anexo I). No caso das variáveis de personalidade os dados serão recolhidos através de questionários auto-preenchidos (anexos de II a V) e da aptidão física através dos resultados obtidos nas provas físicas e medições antropométricas.

4.6 DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS EM ESTUDO

A informação seguidamente apresentada é complementada por informação que consta no plano de operacionalização das variáveis (anexo VI).

a) Variáveis relativas á identificação e caracterização sócio-demográfica e profissional

- Idade
- Estado civil
- Habilitações literárias
- Carreira (1)
- Grau de carreira
- Unidade de Saúde

(1) Os Técnicos de Diagnostico e Terapêutica e os Técnicos superiores de saúde serão também emparelhados por curso de licenciatura, os médicos poderão vir a ser emparelhados por especialidade.

b) Variáveis relativas aos factores de protecção relacionados com o stress

- ✓ Locus de controlo
- ✓ SOC :

- **Ccom – Capacidade de compreensão**
- **CGma – Capacidade de gestão**
- **Clmea – Capacidade de investimento**

✓ Auto-conceito

✓ Auto-Eficácia

Todas estas variáveis são medidas com recurso à aplicação de questionários auto- preenchidos validados para a população portuguesa.

c) Variáveis relativas à aptidão física

- - Estatura;
- - Peso
- - Aptidão aeróbia
- - Composição Corporal
- - Aptidão Muscular
- Força
- Resistência muscular
- Flexibilidade

Estas variáveis são medidas com recurso aos seguintes testes físicos, dados antropométricos e análise pelo software específico

- - Prega Geminal;
- - Prega Tricipital;
- - Prega Subescapular;
- - Prega Supra ilíaca;
- - Perímetro abdominal;
- - Vaivém;
- - Extensões de Braços;

- - Abdominais;
- - Extensão do tronco;
- - Senta e Alcança;
- - Avaliação da % de MG pelo método de Bioimpedância. (utilização eventual)
- - Volume expiratório Máximo por minuto. (utilização eventual)

4.7 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

A partir da informação disponível nas várias bases de dados, o investigador seleccionará os casos e respectivos controlos procedendo ao seu emparelhamento. Os questionários auto-preenchidos serão aplicados em grupo, na sala de Reuniões do Agrupamento/Hospital. Primeiro será exibida a Declaração de submissão a segredo profissional (anexo VII) e deverão preencher a declaração de consentimento informado. Estes questionários foram seleccionados, por se tratar de instrumentos já validados a nível nacional e com precedentes de aplicação em trabalhos escritos na Escola Nacional de Saúde Pública. Estes questionários serão a base de *layout* informático para a introdução pelo investigador, dos dados na matriz de dados da ferramenta informática (SPSS 17.0) para o posterior tratamento estatístico. A análise epidemiológica será feita usando o software EPIDAT 3.2.

A aplicação da bateria de testes FITNESSGRAM será da responsabilidade de professores de Educação física do 3º Ciclo do Ensino básico e será efectuado no ginásio das escolas com Programa de Educação par a Saúde e que possuam formação FITNESS GRAM. Será solicitada a colaboração da Sociedade Portuguesa de Educação Física e da Confederação Nacional de Professores de Educação Física.

O registo electrónico e análise dos dados de aptidão física usarão a aplicação própria do FTNESSGRAM que pode posteriormente ser convertido para o formato Xls.

4.8 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

Após a recolha dos dados e preenchimento do questionário, estes serão introduzidas na matriz codificada, criada na ferramenta informática escolhida (SPSS 17.0), para o tratamento e análise estatística.

O investigador verificará a matriz e realizará uma análise descritiva dos casos para todas as variáveis.

Toda a informação estatística calculada será efectuada para um nível de significância de 0.05.

Medidas de frequência

Proporção de casos expostos.

Proporção de controlos expostos

Será realizada a análise univariada através do cálculo de medidas da frequência para as variáveis quantitativas, com o cálculo da prevalência dos vários fenómenos em estudo e também, serão calculados os intervalos de confiança para 95%.

Serão calculadas as proporções para cada variável estudada com respectivas apresentações de forma percentual.

Medidas de associação:

Odds ratio e intervalo de confiança (Woolf y Cornfield), para incidência acumulada.

“ Risco ” atribuível para a população exposta e intervalo de confiança.

Medidas de impacto

Prova χ quadrado de associação com e sem correcção

Prova exacta de Fisher

Prova de associação de McNemar.

Com o objectivo de verificar a existência da associação entre a Saúde e as variáveis em estudo, serão efectuados múltiplos testes de independência do qui-quadrado, com o cálculo do OR e respectivo intervalo de confiança a 95%, avaliando-se a intensidade e o sentido da associação.

Aplicar-se-á ainda o modelo de Regressão Logística Binária, para modelar a tendência para a assiduidade, com base nas diversas variáveis independentes (determinantes em análise) de modo a fazer uma aproximação. Poder-se-á assim, num contexto multivariado, verificar quais as associações estatisticamente significativas e de que forma e com que impacto estas se relacionam com o nível excepcionalmente elevado de assiduidade. Esta última análise ultrapassa a minha competência pelo que a equipa de investigação deverá contar com um estatista.

4.9 ENSAIO DA OPERACIONALIDADE E DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Foi realizado um estudo-piloto nos funcionários públicos do Centro de Saúde de Santiago do Cacém com o objectivo de avaliar os instrumentos e procedimentos usados no estudo. Após o preenchimento dos questionários e as provas físicas e antropométricas foi efectuado uma pequena entrevista de forma a detectar-se dificuldades imprevistas que poderiam condicionar o trabalho verificando assim a sua adequação; detectar e corrigir os *viéses* e as incoerências eventualmente introduzidos pelo investigador; medir o tempo de preenchimento dos suportes de recolha de informação; ponderar e minimizar as dificuldades no processo de investigação. No caso de serem identificadas dificuldades processuais seriam realizadas as correcções necessárias.

O ensaio foi aplicado a 7 casos e catorze controlos. Em relação à aplicação dos questionários, não houve qualquer dificuldade na sua aplicação e

preenchimento. As pessoas apreciaram as provas e gostaram de receber e comentar os seus resultados. Todos os inquiridos tinham pelo menos o 9º ano.

Já quanto aos testes de aptidão física compareceram 6 casos e apenas 5 controlos, a aplicação dos testes também decorreu como previsto mas levantou a possibilidade de muitos controlos poderem eventualmente não comparecer a estes testes.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

A colheita, armazenamento e utilização de dados será efectuada no respeito pelos participantes e de forma a manter a sua privacidade e a confidencialidade dos dados recolhidos, salvaguardando todas as questões de nível ético e legal. Sempre que possível, os protocolos e procedimentos serão revistos e aprovados pela Comissão de Acompanhamento/Comissão de Ética da Unidade de Saúde em Causa (nos Agrupamentos de Centros de Saúde esse acompanhamento será da responsabilidade do Conselho Clínico), de forma a garantir a segurança e protecção dos indivíduos participantes.

O investigador assinará uma declaração do compromisso de sigilo (Anexo VII) e sendo médico está sujeito a segredo médico.

5. PREPARAÇÃO DA DISCUSSÃO E PREVISÃO DE RECOMENDAÇÕES

5.1 DISCUSSÃO DA METODOLOGIA

A opção pelo tipo de estudo caso-controlo, como já foi referido deveu-se, principalmente, ao facto de este ser estudo epidemiológico mais adequado para analisar vários factores ou determinantes que se suspeita influenciarem um determinado fenómeno. Este estudo permite também calcular a intensidade das várias associações e deste modo indiciar estratégias de intervenção.

5.2 PREVISÃO DOS ASPECTOS A FOCAR NA DISCUSSÃO

Como pontos que, nesta fase de investigação, se consideram que podem ser abordados na discussão, salientam-se:

- A pertinência da utilização da assiduidade como “medida” de Saúde
- A validade do instrumento utilizado para avaliar a Auto-percepção de Saúde;
- A importância do fenómeno na comunidade e nos serviços de Saúde;
- A importância relativa de cada um dos factores de protecção identificados e de como se relacionam entre si;
- As metodologias utilizadas;
- A adequação dos instrumentos de medida, registo e análise;
- A qualidade e quantidade da informação a recolhida;
- As conclusões que se poderão extrair do estudo, bem como os enviesamentos e limitações à generalização das conclusões.

5.3 LIMITAÇÕES E VIÉS DO ESTUDO E DA METODOLOGIA SELECIONADA

No presente estudo podem vir a verificar-se as seguintes limitações:

1. Acesso aos dados; a limitação do estudo reside no facto do investigador estar dependente de autorização para aceder a qualquer base de dados,

qualquer mudança na Administração pode comprometer a exequibilidade do projecto;

2. Características do estudo; Aplicação de uma bateria complexa e heterogénea de testes, escritos e físicos. Necessidade de logística material e profissionais de Educação física.
3. Dispersão geográfica: O estudo decorre na maior região do País necessitando de uma base logística local nada negligenciável e da activação das parcerias locais.
4. Atitude da população estudada/inquirida; referem-se os obstáculos relativos à atitude dos inquiridos e sua adesão ao projecto principalmente quando para além do inquérito são aplicadas provas físicas. Perante a possibilidade de recusa ou ausência a determinado procedimento, para evitar esta situação que pode comprometer o estudo será elaborada uma lista de suplentes (particularmente controlos) a entrevistar face a recusas ou impedimentos prolongados; tentar-se-á caracterizar os não respondentes e seleccionar os suplentes com características controláveis iguais ou semelhantes.

No que toca aos **viéses de selecção (viés de exclusão)** - ocorre quando o problema do estudo é causado por factores envolvidos na selecção dos participantes ou por factores que podem influenciar na participação dos seleccionados, podem ser dos seguintes tipos:

1. **Viés de selecção:** ocorre quando a selecção dos indivíduos participantes do estudo, seja com relação a base de exposição ou com relação ao fenómeno objecto do estudo dependem de outro eixo de interesse; (não parece poder influenciar este estudo)

2. **Viés de sobrevivência selectiva:** é o viés ligado a perda de indivíduos previamente escolhidos ou já participantes no estudo; pode ocorrer pela situação que o País e os Serviços públicos actualmente atravessam.
3. **Viés de diagnóstico:** ocorre quando existe a ausência de algum teste diagnóstico definitivo que possa influenciar no resultado final do estudo; A assiduidade não é uma medida directa de Saúde. Uma pessoa com doença crónica pode ser extraordinariamente assídua.
4. **Viés de informação:** são referentes as distorções nos resultados decorrentes de erros na captação dos dados.

No que toca **viés de memória:** é um viés característico dos estudos retrospectivos, pois como a própria definição faz entender, a informação depende da memória. Geralmente os casos tendem a ter melhor memória que os controles sobre o objecto do estudo, além disso frequentemente há falhas nas informações e instruções para o correcto preenchimento dos questionários.

Viés de suspeição da exposição: ocorre geralmente devido ao conhecimento prévio da etiologia do fenómeno em estudo, o que acaba por viciar o estudo devido a uma informação tendenciosa ou sobrevalorizada (fenómeno mais comum entre os casos).

Mas ainda temos que considerar a existência de confundimento residual (confundimento não controlado; variáveis de confundimento que não conseguimos antever ou controlar).

5.4 PREVISÃO DE ALGUMAS RECOMENDAÇÕES

Atendendo a que principal limitação do estudo é facto dos factores determinantes sociais, ambientais e laborais tais como suporte social, ambientes de apoio, perfil organizacional, factores ambientais ou relativos ao trabalho não serem estudados podemos desde já antecipar que uma das

recomendações deste estudo seria a elaboração de projectos de investigação que abordassem as variáveis relevantes não previstas neste projecto. Os resultados do estudo podem dar indicações sobre como reforçar a resistência e o suporte social particularmente nas organizações, sobre o interesse de implementação de programas de actividade física, de suporte psicológico e de apoio a uma alimentação saudável no local de trabalho em estreita ligação com os Serviços de saúde ocupacional reforçando deste modo o importante papel que estes Serviços tem na Saúde da população activa, neste caso dos profissionais der Saúde.

6. EFICIÊNCIA DO ESTUDO

A eficiência inclui eficiência estatística e operacional (económica):

- Eficiência estatística: relacionada com a potência ($1-\beta$) (ex. controlos emparelhados adequadamente aumentam a eficiência estatística pois controlam as variáveis de confundimento);
- Eficiência operacional: tempo, energia e recursos financeiros necessários para implementar uma estratégia particular de selecção de controlos (escolher 3 controlos por caso).

Eficiência operacional e estatística podem entrar em conflito a eficiência estatística recomendaria 4 controlos emparelhados para cada caso mas os custos operacionais e logísticos resultantes de acrescentar mais controlos comprometeria a eficiência operacional.

7. RECURSOS A UTILIZAR, ESTIMATIVA DE ORÇAMENTO OU PREVISÃO DE CUSTOS

Alguns dos recursos já estão considerados como garantidos pela investigadora principal (como é exemplo o computador portátil). Outras despesas serão suportadas pela ARS Alentejo e pela Direcção Regional de Educação do Alentejo.

A. Recursos humanos

- Investigador principal
- Equipa de investigação

Composição da equipa:

- 1 Médico consultor Saúde Pública.
- 1 Psicólogo Clínico
- 4 Prof. De Educação Física
- 1 Profissional de Estatística com experiência na área da Saúde
- O Coordenador de Saúde Ocupacional da Região Alentejo

B. Recursos materiais

- Equipamento informático
- Computador
- Impressora/toner/consumíveis
- Software Microsoft Office 2007
- Software estatístico SPSS portable
- Software FITNESSGRAM
- Suporte digital de informação *pen-drive/cd*
- Amplificador e colunas

Equipamento de escritório

- Papel
- Envelopes
- Canetas
- Capas arquivadoras
- Reprografia/encadernação

Equipamentos de Ginásio

Meio de transporte

- Ajudas de custo da viatura própria
- Combustível

Meios de comunicação

- Telefone/fax
- Ligação a internet móvel

Os custos serão integralmente suportados pela ARSA e pela DREA. Os transportes colectivos suportados pelos Municípios.

Quadro III. Orçamento Preliminar

<i>Código</i>	<i>Rubrica</i>	<i>Proposto (euros)</i>
1.	Pessoal	A cargo da ARS e da DREA
1.1	Remunerações	A cargo da ARS e da DREA
1.1.1	Pessoal Técnico	A cargo da ARS e da DREA e recurso a voluntariado
1.1.2	Pessoal Administrativo	A cargo da ARS
1.2	Deslocações	A cargo da ARS, Câmaras Municipais e do próprio estimados em 5005 Euros
1.2.1	Transportes	Viatura própria
1.2.2	Ajudas de Custo	A cargo da ARS
2.3	Salas	A cargo da ARS
3.	Despesas de funcionamento	A cargo da ARS
3.1	Administrativas gerais	A cargo da ARS
3.2	Água	A cargo da ARS e da DREA
3.3	Electricidade	A cargo da ARS e da DREA
3.4	Telefone, telefax, correspondência	A cargo da ARS e da DREA
3.5	Material de escritório	A cargo da ARS
3.6	Aquisição de serviços especializados	A cargo da ARS
3.7	Aluguer de salas	A cargo da ARS e da DREA
3.8	Outros	A cargo da ARS
4.	Despesas de investimento	
4.3	Software	A cargo da ARS e da DREA
4.4	Hardware	2082
4.5	Material didáctico e pedagógico	600
4.6	Outra documentação técnica	300
	TOTAL	10002

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Conforme descrito anteriormente na operacionalização do estudo, este decorrerá em várias etapas.

Quadro IV. Cronograma de actividades

<div>Ano/mês</div> <div>Actividade</div>	2011-2012												
	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Actualização da Pesquisa bibliográfica	X												
Reuniões preliminares	X												
Recolha de autorizações, compilação de matérias e suportes de registo	X												
Constituição da equipa	X												
Monitorização		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treino da equipa	X												
Recolha de dados		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X
Compilação e Elaboração de instrumentos de inquérito	X												
Aferição dos instrumentos elaborados	X												
Análise dos resultados												X	X
Elaboração do Relatório										X	X	X	X

9. REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADELINO, J.; VIEIRA, J.; COELHO, O. (1999). Treino de Jovens. Lisboa: Secretaria de Estado do Desporto.

AGUIAR, P. Guia prático climepsi de estatística em investigação epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi, Novembro de 2007.

ANTONOVSKY, A. 1967 - Social Class, life expectancy and overall mortality. Milbank Quarterly, 45, 1967, 31-73

ANTONOVSKY, A. 1974 - Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressfull life events. In B. DOHRENWEND & B. DOHRENWEND (Eds.) Life events : their nature and effects. New York: Willey, 1974, 245-258

ANTONOVSKY, A. 1979 - Health, stress, and coping ; new perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass, 1979

ANTONOVSKY, A. 1984a - A call for a new question - salutogenesis - and a proposed answer - the sense of coherence. Journal of Preventive Psychiatry, 2, 1-13, 1984a

ANTONOVSKY, A. 1984b - The sense of coherence as a determinant of health. In MATARAZZO, J. D. (Ed) Behavioral health : a handbook of health enhancement and disease prevention. New York : John Willey & Sons, 1984b

ANTONOVSKY, A. 1985 - Health, stress and coping. London: Jossey-Bass Publishers, 1985

ANTONOVSKY, A. 1986; BERNSTEIN, J. - Pathogenesis and salutogenesis in war and other crisis : Who studies the successful copers in Milgram, N.A. (Ed) Stress and

ANTONOVSKY, A. 1987 - Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco : Jossey-Bass, 1987

ANTONOVSKY, A. 1993a - Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility, Social Science & Medicine, 37, 1993, 969-974

ANTONOVSKY, A. 1993b - The structure and properties of the sense of coherence scale, Social Science & Medicine, 36, 6, 1993, 725-733

BADURA, B. 1991; KICKBUSCH, ILONA, (Ed.) - Health promotion research: towards a new social epidemiology. Copenhagen: WHO, 1991

BANDURA, A. 1977 - Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change, Psychol Rev, 84 1977, 191-215

BARATA, T. e cols (1997) – Actividade física e Medicina Moderna, Lisboa, Europress

BELLOC, N. B. 1972; BRESLOW, L. - Relationships of physical health and health practices. Preventive Medicine, 1, 1972, 409-421

BEAGLEHOLE R, BONITA R, KJELLSTROM T. *Basic epidemiology*. Geneva: WHO;1993.

BOUCHARD, C.; SHEPARD, R. (1992). Physical Activity, Fitness and Health: Model and Key Concepts. In Physical Activity, Fitness and Health. International Proceedings and Consensus Statement. Human Kinetics Publishers. Champaign.

BOUCHARD, C.; SHEPARD, R. (1994). Physical Activity, Fitness and Health: Model and Key Concepts. In Physical Activity, Fitness and Health. International Proceedings and Consensus Statement. Human Kinetics Publishers. Champaign.

CARSPERSEN (1989). Physical Activity Epidemiology: Concepts, Methods and Applications to Exercise Science. Exercise and Sport Sciences Reviews. 17, 423-473.

HILL A, HILL M. Investigação por questionário. Lisboa, Sílabo, 2000.

JAMES J, SCHLESSELMAN, Ph.D. *Case – Control Studies*. Monographs in epidemiology and biostatistics. New York: Oxford University Press; 1982.

KAPLAN, B. H. 1977; CASSEL J. C.; GORE, S. - Social support and health. Medical

Kemper, H; Verschuur, R. (1985). Motor Performance Fitness Tests. In: Growth, Health and Fitness of Teenagers. Longitudinal Research in International Perspective. H. Kemper (Ed.). Medicine and Sports Science. Karger, Basel. Vol. 20, 96-106.

KEMPER, H; VERSCHUUR, R. (1985). Motor Performance Fitness Tests. In: Growth, Health and Fitness of Teenagers. Longitudinal Research in International Perspective. H. Kemper (Ed.). Medicine and Sports Science. Karger, Basel. Vol. 20, 96-106.

KOROTKOV, D. 1994; HANNAH, E. - Extraversion and emotionality as proposed

superordinate stress moderators: a prospective analysis, *Social Science &*

Medicine, 16, 5, 1994, 787-792

LACATOS E, MARCONI M. Fundamentos da metodologia científica. 3ª Edição, São Paulo;2000. Atlas S.A

LAST JM. *A Dictionary of Epidemiology*. 4ª ed. New York: Oxford University Press; 2007.

SERRANO P. - Redacção e apresentação de trabalhos científicos. 2ª ed. Lisboa: Relógio D'Água Editores; 2004.

LAZARUS, R. S. 1993 - From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks, *Annual Review of Psychology*, 44, 1993, 1-21

LAZARUS, S. R. 1997; MONAT, A. - Stress and coping, an anthology. New York: Columbia University Press, 1977

LEFEVRE, J.; BEUNEN, G.; BORMS, J.; VRIJENS, J. (1998). Sex Differences in Physical Fitness in Flemish Youth. In: *Physical Fitness and Nutrition During Growth*. J. Parizková e A. Hills (Eds). *Medicine and Sports Science*. Karger, Basel. Vol. 43, 54-67.

MAIA, J.(1996). Avaliação da Aptidão Física. Uma Abordagem Metodológica. *Horizonte. Revista de Educação Física e Desporto*. Dossier, XIII. 73, I-XII.

MALINA, R.; BOUCHARD, C. (1991). *Growth, Maturation, and Physical Activity*. Champaign, IL: Human Kinetics.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. As Metas de Saúde para Todos. Tradução Portuguesa de "Targets for Health for All", Copenhagen, WHO, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde Conferencia Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública, Ottawa, Canadá, 1986.

PATE, R. (1988). The Evolution Definition of Physical Fitness. Quest. 40(3), 174-179.

PATE, R.; SHEPHARD, R. (1989). Characteristics of Physical Fitness in Youth. In: Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine. Youth, Exercise and Sports. C. Gisolfi e D. Lamb (Eds). Indianapolis: Benchmark Press. Vol. 2, 1-45.

QUIVY R, CAMPENHOUDT L. Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa, 2005. Gradiva Publicações.

RAPOSO, A. (2000). A Carga no Treino Desportivo. Lisboa: Editorial Caminho.

RUSSEL, N. (1996). Manual de Educação para a Saúde. Lisboa, Direcção Geral de Saúde.

ROTTER, J. B. (1966) - Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement Psychological Monographs, 80, 1, 1966, 609

SABOGA NUNES, L.A. (1998) - Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: introduzindo o conceito do sentido interno de coerência. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 16, 4, 1998, 25-31

SABOGA NUNES, L.A. (1999) - O sentido de coerência. Escola Nacional de Saúde Pública, 1989, dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Pública I, ministrado pela ENSP, UNL, 1999

SABOGA NUNES, L.A. (2006) – Do paradigma patogénico ao salutogénico, Estudo de caso: o binómio Sresse&Saúde e a sua evolução paradigmática, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, poligrafado.

SATCHER, D. (1996). Physical Activity and Health - A Report of the Surgeon General Executive Summary. U.S. Department of Health and Human Services.

TEIXEIRA, P.; SARDINHA, L.; BARATA, J. L. (2008) Nutrição, Exercício e Saúde, Lisboa, editorial Lidel.

THE COOPER INSTITUTE FOR AEROBICS RESEARCH, - Fitness Gram, Manual de Aplicação de Testes, Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

8.1. Endereços Electrónicos

<http://www.who.int>

http://www.who.int/moveforhealth/advocacy/information_sheets/youth/en/index.html.

<http://www.scielo.br>

Viés em estudos epidemiológicos. [Consult. 10 Jan. 2011]. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/42040/1/VIESES-EM-ESTUDOS-EPIDEMIOLOGICOS/pagina1.html#ixzz1C63FxZXA>



12º Curso de Mestrado em Saúde Pública 2009/2011

"Factores individuais que condicionam a Saúde"

Um estudo Caso-Controllo

ANEXOS

Mário Jorge Rêgo dos Santos

Lisboa

Julho de 2011



ANEXOS

Anexo I

Modelo de pedido de Autorização aos Órgãos executivos

Anexo II

Questionário do de Locus de Controle

Plano de operacionalização das variáveis

Anexo III

Questionário da Auto-Eficácia Distributiva e Integrativa

Plano de operacionalização das variáveis

Anexo IV

Questionário de Auto-Conceito

Plano de operacionalização das variáveis

Anexo V

Questionário do Sentido de Coerência

Plano de operacionalização das variáveis

Anexo VI

Plano de operacionalização dos factores em estudo

Anexo VII

Declaração de Submissão a Segredo Profissional

Anexo VIII

Declaração de Consentimento informado



Anexo I

Modelo de pedido de Autorização aos Órgãos
executivos



AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO ALENTEJO LITORAL

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA



Exmo. Sr.^a.

Presidente do Conselho Directivo da ARS
Alentejo IP

Rua do Cicioso, nº 18, Apartado 2027,
7001-901 Évora

C/C: Delegada Regional de Saúde
do Alentejo , CA dos Hospitais,
CA das ULS, DE dos ACES.

ASSUNTO: Trabalho de investigação

Exma. Senhora:

O núcleo de investigação da Unidade de Saúde Pública do Alentejo Litoral pretende levar a cabo um trabalho de investigação que visa apurar quais os factores que determinam que algumas pessoas se apresentem mais saudáveis que a população em geral.

Foi seleccionado um estudo, quantitativo, analítico tipo caso-controlo (1 caso para 3 controlos), em que os casos são constituídos por indivíduos integrando as Unidades Públicas de Saúde da Região Alentejo que se encontram acima do percentil 95 de assiduidade nos últimos dois anos, os controlos são a



população complementar. Os indivíduos serão emparelhados por idade, género, estado civil, carreira, categoria profissional e unidade funcional que integram.

Deste modo, Venho por este meio solicitar que me seja concedida a autorização para a consulta da base de dados do Registo da Assiduidade dos funcionários desta ARS bem como a recolha de dados na amostra seleccionada, estes deverão ser inseridos numa base de dados por nós criada para posterior utilização para análise estatística garantindo que, os dados a recolher apenas se destinam para o efeito do estudo, pelo que fica a salvaguardado a sua confidencialidade e por outro lado, apenas serão utilizados os dados referentes às variáveis em estudo.

Caso a nossa proposta mereça a sua concordância, procederemos de imediato ao envio da versão completa do protocolo de investigação às Comissões de Ética das Unidades de Saúde que integram a ARSA.

Certo que este assunto lhe merecerá a melhor atenção e sem outro motivo de momento .

O Coordenador do Núcleo de investigação

Mário Jorege Rêgo dos Santos

Mário Jorege Rêgo dos Santos



Anexo II

Questionário do Locus de Controle

Plano de operacionalização das variáveis



ESCALA DE LOCUS DE CONTROLE

Este questionário destina-se a identificar as suas opiniões sobre determinados temas. Cada quesito consiste num par de alternativas (a) ou (b). Escolha a alternativa com a qual esteja mais de acordo. Se concorda com ambas as alternativas escolha aquela com que está mais de acordo. Se não concorda com nenhuma delas, indique aquela com a qual menos discorda. Dado que se trata dum levantamento de opiniões não há, obviamente, respostas certas ou erradas.

Para apuramento dos resultados consulte a folha de instruções que lhe será distribuída no final.

Este questionário é semelhante mas não idêntico à escala de “locus de controle” originalmente construída por Julian Rotter (1966).

- ___ 1 a. Os líderes nascem líderes, não se fazem
b. Os líderes fazem-se, não se nasce líder
- ___ 2 a. As pessoas triunfam quase sempre por estarem no lugar certo, na hora certa
b. O êxito depende principalmente do trabalho árduo e da capacidade
- ___ 3 a. Quando as coisas me correm mal, isso deve-se em geral a erros que cometo
b. Acontecem desgraças na minha vida independentemente daquilo que faço
- ___ 4 a. A guerra e a paz dependem das acções de alguns líderes mundiais
b. As guerras que ocorrem no mundo são inevitáveis
- ___ 5 a. As crianças boas são principalmente obra de bons pais
b. Algumas crianças tornam-se más independentemente da forma como os pais se comportam
- ___ 6 a. O êxito do meu futuro depende sobretudo de circunstâncias que não posso controlar
b. Sou senhor(a) do meu destino
- ___ 7 a. Alguns líderes ficam na História porque as circunstâncias lhes deram visibilidade
b. Os líderes eficazes são aqueles(as) que tomaram decisões ou tiveram iniciativas das quais resultaram consequências significativas
- ___ 8 a. Evitar punir as crianças leva a que se tornem irresponsáveis em adultos
b. Bater nas crianças não se justifica em caso algum
- ___ 9 a. Sinto com frequência que tenho pouca influência no curso da minha vida
b. É pouco razoável acreditar que o destino ou a sorte tenham desempenhado um papel crucial na minha vida
- ___ 10 a. Há pessoas/clientes que por muito que se faça nunca estão satisfeitas
b. Podemos satisfazer as pessoas/clientes indo ao encontro das suas necessidades
- ___ 11 a. Qualquer pessoa pode obter boas classificações na escola desde que estude
b. Há pessoas que, por muito que se esforcem, nunca obtêm bons resultados nos seus estudos
- ___ 12 a. Os casamentos resultam quando ambos os conjuges procuram reforçar a qualidade do relacionamento
b. Alguns casamentos falham porque os conjuges têm personalidades incompatíveis



- ___ 13 a. Estou certo que posso melhorar as minhas capacidades de gestor(a) através da aprendizagem e da prática
b. É uma perda de tempo tentar melhorar as competências de gestão através de cursos
- ___ 14 a. Nas escolas de gestão deveria haver mais cursos de desenvolvimento de competências interpessoais
b. As escolas de gestão deveriam insistir menos no desenvolvimento das competências interpessoais
- ___ 15 a. Quando penso nas coisas boas que me aconteceram, acho que elas se devem principalmente a algo que eu fiz
b. As coisas más que sucederam na minha vida resultaram sobretudo de circunstâncias fora do meu controle
- ___ 16 a. Muitos exames que fiz na escola não tinham nada a ver com as matérias que eu tinha preparado, pelo que o estudo de pouco me serviu
b. Sempre que me preparo convenientemente os exames correm-me bem
- ___ 17 a. Por vezes sou influenciado(a) pelos horóscopos
b. Nunca me deixo influenciar pelos horóscopos
- ___ 18 a. Os governos actuais são tão complicados e burocráticos que é difícil uma pessoa ter qualquer influência nas decisões políticas
b. Os indivíduos podem ter influência na política desde que se tomem posição e se façam ouvir
- ___ 19 a. As pessoas procuram situações de responsabilidade no seu trabalho
b. As pessoas procuram fugir das responsabilidades fazendo o mínimo possível
- ___ 20 a. As pessoas mais populares têm um carisma especial que atrai os outros
b. As pessoas tornam-se populares pela forma como agem
- ___ 21 a. Acontecem coisas na minha vida sobre as quais tenho pouco controle
b. Na maior parte dos casos sinto-me responsável pelas consequências do que faço
- ___ 22 a. Os gestores que desenvolvem as suas competências pessoais são melhor sucedidos
b. O êxito do gestor(a) tem pouco a ver com as suas competências pessoais
- ___ 23 a. As equipas desportivas que ganham campeonatos são as que têm mais sorte
b. As equipas desportivas que ganham campeonatos são as que têm jogadores melhores e mais bem treinados
- ___ 24 a. O trabalho de equipa nas organizações é uma condição de êxito
b. O esforço individual é a chave do êxito
- ___ 25 a. Há certos trabalhadores que são preguiçosos sendo impossível, por muito que se faça, motivá-los
b. Um gestor competente é capaz de motivar os seus subordinados, por muito difíceis que eles sejam
- ___ 26 a. A longo prazo as pessoas podem melhorar a economia nacional através duma acção responsável
b. A saúde económica dum país está muito para além do controle dos indivíduos
- ___ 27 a. Quando tenho razão sou capaz de ser persuasivo
b. Sou capaz de persuadir os outros mesmo quando não estou muito certo de ter razão
- ___ 28 a. Tenho tendência para planear com antecedência e tomar iniciativas para alcançar os objectivos que estabeleci
b. Raramente planeio com antecedência porque, de qualquer forma, as coisas dum modo geral correm-me bem
- ___ 29 a. As coisas são como são



b. Podemos mudar as nossas vidas através do trabalho árduo e da persistência.

Plano de operacionalização das variáveis

	Variável / Conceito	Dimensão / Indicadores	Escala, Código ou atributo	
LOCUS DE CONTROLO				
1		Subjectiva		1-Externalidade
2		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
3		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
4		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
5		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
6		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
7		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
8		Subjectiva		1-Externalidade
9		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
10		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade



				1-Externalidade
11		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
12		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
13		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
14		Subjectiva		1-Externalidade
15		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
16		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
17		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
18		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
19		Subjectiva		1-Externalidade
20		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
21		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
22		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
23		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
24		Subjectiva		1-Externalidade



25		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
26		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
27		Subjectiva		1-Externalidade
28		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
29		Subjectiva	Dicotómica	0-Internalidade 1-Externalidade
	ITENS DAS DIMENSÕES DA ESCALA	Respostas classificadas como internalidade	2a 5b 9a 12b 16a 20a 23a 28b 3b 6a 10a 13b 17a 21a 25a 29a 4b 7a 11b 15b 18a 22b 26b	



Anexo III

Questionário da Auto-Eficácia Distributiva e Integrativa

Plano de operacionalização das variáveis



Auto-Eficácia Distributiva e Integrativa

1. Estabelecer um nível elevado de relacionamento com a outra parte.
2. Convencer o outro negociador a concordar consigo.
3. Evitar que o outro negociador explore as suas fraquezas.
4. Construir um elevado nível de confiança com a outra parte.
5. Fazer poucas concessões.
6. Identificar compromissos (*trade-offs*) que beneficiem ambas as partes.
7. Identificar e explorar as fraquezas da outra parte.
8. Obter supremacia sobre o outro negociador.
9. Usar argumentos persuasivos para apoiar a sua posição.
10. Trocar concessões.
11. Disfarçar os seus interesses.
12. Procurar um acordo que maximize os interesses de ambos.
13. Fazer com que cada concessão pareça difícil.
14. Persuadir o outro negociador a fazer a maior parte das concessões.
15. Alcançar um acordo num determinado ponto antes de passar ao seguinte.



Plano de operacionalização das variáveis

	Variável / Conceito	Dimensão / Indicadores	Escala, Código ou atributo	
AUTOEFICÁCIA				
1	Estabelecer um nível elevado de relacionamento com a outra parte	Subjectiva	Dicotómica	0-Não 1-Sim
2	Convencer o outro negociador a concordar consigo	Subjectiva	Dicotómica	0-Não 1-Sim
3	Evitar que o outro negociador explore as suas fraquezas	Subjectiva	Dicotómica	0-Não 1-Sim
4	Construir um elevado nível de confiança com a outra parte	Subjectiva	Dicotómica	0-Não 1-Sim
5	Fazer poucas concessões	Subjectiva	Dicotómica	0-Não 1-Sim
6	Identificar compromissos (<i>trade-offs</i>) que beneficiem ambas as partes.	Subjectiva	Dicotómica	0-Não 1-Sim
7	Identificar e explorar as fraquezas da outra parte	Subjectiva	Dicotómica	0-Não 1-Sim
8	Obter supremacia sobre o outro negociador	Subjectiva	Dicotómica	0-Não 1-Sim
9	Usar argumentos persuasivos para apoiar a sua posição	Subjectiva	Dicotómica	0-Não 1-Sim
10	Trocar concessões	Subjectiva	Dicotómica	0-Não



				1-Sim
11	Disfarçar os seus interesses		Dicotómica	0-Não 1-Sim
12	Procurar um acordo que maximize os interesses de ambos		Dicotómica	0-Não 1-Sim
13	Fazer com que cada concessão pareça difícil		Dicotómica	0-Não 1-Sim
14	Persuadir o outro negociador a fazer a maior parte das concessões		Dicotómica	0-Não 1-Sim
15	Alcançar um acordo num determinado ponto antes de passar ao seguinte		Dicotómica	0-Não 1-Sim
	ITENS DAS DIMENSÕES DA ESCALA	Eficácia Distributiva	2,3,5,7,8,9,11, 13, 14, 15	
		Eficácia Integrativa	1, 4, 6, 10, 12	

Fonte: Sullivan, B., O'Connor, K.M. & Burris, E. (2003). Negotiator confidence:
The impact of self-efficacy on tactics and outcomes. Academic of
Management Annual Meeting. Seattle.



Anexo IV

Questionário do Auto-Conceito

Plano de operacionalização das variáveis



AUTOCONCEITO

Em relação ao seu último local de trabalho:

	Discordo em absoluto				Concordo em absoluto
1. Sou um elemento que conta	1	2	3	4	5
2. Tomam-me a sério	1	2	3	4	5
3. Sinto que tenho importância	1	2	3	4	5
4. Confiam em mim	1	2	3	4	5
5. Têm fé em mim	1	2	3	4	5
6. Distingo-me dos outros	1	2	3	4	5
7. Sou um elemento valioso	1	2	3	4	5
8. Sou prestável	1	2	3	4	5
9. Sou eficiente	1	2	3	4	5
10. Sou cooperativo	1	2	3	4	5



Plano de operacionalização das variáveis

	Variável / Conceito	Dimensão / Indicadores	Escala, Código ou atributo	
AUTOCONCEITO				
1	Sou um elemento que conta	Subjectiva	Ordinal	De 1-Discordo em absoluto a 5 concordo em absoluto
2	Tomam-me a sério	Subjectiva	Ordinal	De 1-Discordo em absoluto a 5 concordo em absoluto
3	Sinto que tenho importância	Subjectiva	Ordinal	De 1-Discordo em absoluto a 5 concordo em absoluto
4	Confiam em mim	Subjectiva	Ordinal	De 1-Discordo em absoluto a 5 concordo em absoluto
5	Têm fé em mim	Subjectiva	Ordinal	De 1-Discordo em absoluto a 5 concordo em absoluto
6	Distingo-me dos outros	Subjectiva	Ordinal	De 1-Discordo em absoluto a 5 concordo em absoluto
7	Sou um elemento valioso	Subjectiva	Ordinal	De 1-Discordo em absoluto a 5 concordo em absoluto
8	Sou prestável	Subjectiva	Ordinal	De 1-Discordo em absoluto a 5 concordo em absoluto
9	Sou eficiente	Subjectiva	Ordinal	De 1-Discordo em absoluto a 5 concordo em absoluto
10	Sou cooperativo	Subjectiva	Ordinal	De 1-Discordo em absoluto a 5 concordo em absoluto



Normas arbitrárias:

BAIXO- 10-20

MODERADO – 21-39

ELEVADO – 40-50

J. L. Pierce e tal (1989). Organization based self-esteem.

Academy of Management Journal, pp 622-648



Anexo V

Questionário do Sentido de Coerência

Plano de operacionalização das variáveis



Questionário do Sentido de Coerência

- 1 -

Pedimos a sua colaboração no preenchimento deste suplemento. A sua colaboração na resposta às perguntas que se seguem vai ajudar a compreender melhor a importância que assume o sentido de coerência para a saúde.

As suas respostas são confidenciais.



1. Preencha estas folhas respondendo sinceramente a cada pergunta
marcando com uma ☒ a opção que na sua opinião for correcta.



2. Coloque-as depois no envelope que lhe foi fornecido.
3. Pode - mas não é necessário - por o seu endereço no envelope.



4. Deixe-o na caixa ou numa caixa do correio, ou, aguarde pela passagem do entrevistador que procederá à sua recolha. *Obrigado pela sua colaboração.*

©Saboga Nunes, 1999 ENSP-UNL. versão portuguesa validada para uma amostra de 643 indivíduos. $\alpha C =$ entre 0.83 e 0.90 ; $r = 0.88$
Utilização autorizada sob reserva de indicação de:

Fonte: SABOGA NUNES, Luis Ângelo, 1999, in <http://www.salutogenesis.net> e menção de e-mail de contacto saboga@salutogenesis.net
Itens a inverter 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, 27 escala de 13 itens 4, 5, 6, 8, 9, 12, 16, 19, 21, 25, 26, 28, 29

1 Quando fala com outras pessoas, tem o sentimento de que elas não o compreendem?	nunca tenho esse sentimento	1 2 3 4 5 6 7	tenho sempre esse sentimento
2 No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento	de que as coisas não iriam ser feitas	1 2 3 4 5 6 7	de que as coisas iam ser feitas
3 Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é	que as sente como pessoas estranhas	1 2 3 4 5 6 7	que conhece-as muito bem
4 Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?	muito raramente	1 2 3 4 5 6 7	muito frequentemente não me interessa
5 Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que julgava conhecer bem?	nunca aconteceu	1 2 3 4 5 6 7	sempre aconteceu
6 Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava?	nunca aconteceu	1 2 3 4 5 6 7	sempre aconteceu
7 A vida é:	cheia de interesse	1 2 3 4 5 6 7	absolutamente rotineira
8 Até hoje, na vida,	não conseguiu um projecto e um rumo	1 2 3 4 5 6 7	conseguiu um projecto e um rumo
9 Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?	muito frequentemente	1 2 3 4 5 6 7	raramente ou nunca
10 Nos últimos dez anos a sua vida tem sido	cheia de mudanças sem ser capaz de prever o que vem a seguir	1 2 3 4 5 6 7	completamente consistente e previsível
11 A maior parte das coisas que irá fazer (no futuro) serão provavelmente	completamente fascinantes	1 2 3 4 5 6 7	tremendamente aborrecidas



Questionário do Sentido de Coerência

- 2 -

1 2 Tem sentido muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?	acontece sempre	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	nunca acontece
1 3 Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida	consegue-se sempre encontrar uma solução para as coisas dolorosas da vida	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	nunca há solução para as coisas dolorosas da vida
1 4 Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente	sente como é bom viver	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	pergunta-se a si próprio porque razão veio ao mundo
1 5 Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é	sempre confusa e difícil de encontrar	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	sempre perfeitamente clara
1 6 Aquilo que faz diariamente é	uma fonte de profunda satisfação e prazer	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	uma fonte de sofrimento e aborrecimento
1 7 A sua vida futura será provavelmente	cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	perfeitamente consistente e previsível
1 8 Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	afundar-se no problema	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	dizer para si mesmo: "Paciência, tudo se há-de resolver" e seguia em frente
1 9 Tem sentimentos e ideias muito confusos?	muito frequentemente	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	muito raramente ou nunca
2 0 Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação	fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
2 1 Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter	muito frequentemente	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	muito raramente ou nunca
2 2 Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:	não terá qualquer sentido ou projecto próprio	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	terá pleno sentido e projecto próprio
2 3 Pensa que haverá sempre pessoas com quem possa contar no futuro?	estou certo que haverá	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	duvido que haja
2 4 Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?	muito frequentemente	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	muito raramente ou nunca
2 5 Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter) muita vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?	nunca aconteceu	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	aconteceu frequentemente
2 6 Quando alguma coisa acontece, geralmente acaba por verificar que:	avaliou mal a dimensão do problema	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	avaliou correctamente a dimensão do problema
2 7 Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, tem o sentimento de que:	conseguirá ultrapassar as dificuldades	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	não conseguirá ultrapassar as dificuldades
2 8 Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que faz na sua vida diária?	muito frequentemente	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>	muito raramente ou nunca



Questionário do Sentido de Coerência

- 3 -

2 9 Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
---	-------------------------	---------------	-----------------------------

Fim do questionário validado

Questões de investigação para cruzamento com o SOC:

Auto percepção da saúde

3 0 Comparando com as pessoas da sua idade, considera o seu estado de saúde	muito mau	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito bom
--	-----------	---------------	-----------

Indicadores de saúde mental

3 1 Sente-se só	nunca aconteceu	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	aconteceu sempre
3 2 Sente-se abandonado e esquecido	nunca aconteceu	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	aconteceu sempre
3 3 Sente-se útil, aproveitado	nunca aconteceu	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	aconteceu sempre

Indicadores do SCO em estudo - para validação de uma escala reduzida de avaliação rápida do SCO

3 4 Sente-se confiante na sua vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>
3 5 Sente-se confiante na sua vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>
3 6 Sente-se confiante na sua vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>

Fim 



Quadro: Operacionalização da variável SCO com as suas dimensões/indicadores e atributos

	Variável / Conceito	Dimensão / Indicadores	Escala, Código ou atributo	
		ESCALA SCO		
nº do indicador no inquérito	FACETAS DO ESTÍMULO A. Modalidade: 1. instrumental; 2. Cognitivo; 3. afectivo; B. Origem: 1. interno; 2. externo; 3. ambos; C. Solicitação: 1. Concreta; 2. difusa; 3. abstracta; D. Referência temporal: 1. passado2. presente3. Futuro		definido através de diferencial semântico (D.S.) de sete pontos	
1	SCO - 1312 - R	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 1 a inverter
2	SCO - 1111	C. GESTÃO	intervalo	item 2
3	SCO - 1322	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 3
4	SCO - 1222 - R *	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 4 a inverter
5	SCO - 1221 - R*	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 5 a inverter
6	SCO - 1221 - R*	C. GESTÃO	intervalo	item 6 a inverter
7	SCO - 2332 - R	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 7 a inverter
8	SCO - 2331 *	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 8
9	SCO - 1222 *	C. GESTÃO	intervalo	item 9
10	SCO - 2331	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 10
11	SCO - 1313 - R	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 11 a inverter
12	SCO - 2232 *	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 12
13	SCO - 2332 - R	C. GESTÃO	intervalo	item 13 a inverter
14	SCO - 2132 - R	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 14 a inverter
15	SCO - 1112	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 15
16	SCO - 1312 - R *	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 16 a inverter
17	SCO - 2333	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 17
18	SCO - 3211	C. GESTÃO	intervalo	item 18
19	SCO - 2122 *	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 19
20	SCO - 1113 - R	C. GESTÃO	intervalo	item 20 a inverter
21	SCO - 3122 *	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 21



22	SCO - 2333	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 22
23	SCO - 1223 - R	C. GESTÃO	intervalo	item 23 a inverter
24	SCO - 2233	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 24
25	SCO - 3131 - R*	C. GESTÃO	intervalo	item 25 a inverter
26	SCO - 1211 *	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 26
27	SCO - 1313 - R	C. GESTÃO	intervalo	item 27 a inverter
28	SCO - 1212 *	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 28
29	SCO - 3122 *	C. GESTÃO	intervalo	item 29
	ITENS DAS DIMENSÕES DA ESCALA	C. INVESTIMENTO	4,7,8,11,14,16,22,28	
		C. GESTÃO	2,6,9,13,18,20,23,25,27,29	
		C. COMPREENSÃO	1,3,5,10,12,15,17,19,21,24,26	

32	SCO	C. COMPREENSÃO	tricotómica	1 sim-2 não-3 não sei
33	SCO	C. GESTÃO	tricotómica	sim-não-não sei
34	SCO	C. INVESTIMENTO	tricotómica	sim-não-não sei

Fonte: Saboga Nunes, Luis Ângelo, 1999



Anexo VI

Plano de operacionalização dos factores em estudo



Plano de operacionalização dos factores em estudo

Variável	Notação informática	Códigos/valores	Tipo de variável
Idade	Idade	Em anos	Numérica discreta
Estado civil	Est_civil	1=solteiro 2=casado 3=união-de-facto 4=divorciada 5=viuvo	Categórica nominal
Habilitações literárias	Escola	1=sem escolaridade 2=1º ciclo do ensino básico 3=2ª ou 3º ciclo do ensino básico 4=ensino secundário 5=Ensino superior	Categórica ordinal
Autopercepção de Saúde	Aut_saude	1=Má 2=Mediocre 3=Razoável 4=Boa 5=Muito boa	Categórica ordinal
Locus de Controlo	Loc_controlo	0=Interno 1=Externo	Categórica binária
Auto Conceito	Aut_conceito	10-20= Baixo 21 a 39 Moderado 40 a 50 = Elevado	Categórica ordinal
Auto-Eficácia	Aut_eficacia	0= Baixa 1= Alta	Categórica binária
Sentido de Coerência	SOC	0= Baixo 1= Alto	Categórica binária
Aptidão Aeróbia	Ap_aero	Em ciclos de 20m.	Numérica discreta
Composição corporal	com_corporal	0= não Optimo 1= Optimo	Categórica binária
Abdominais	Abd	Nº de execussões.	Numérica discreta
Extensões de braços	Ext_braco	Nº de execussões.	Numérica discreta
Extensão do Tronco	Ext_tronco	Nº de execussões.	Numérica discreta
Senta e Alcança	Sent_alc	0= não Optimo 1= Optimo	Categórica binária



Anexo VII

Declaração de Submissão a Segredo
Profissional



DECLARAÇÃO DE SUBMISSÃO A SEGREDO PROFISSIONAL

Declaro, por minha honra, que mantereis em segredo, não divulgarei nem utilizarei para fins alheios ao estudo nenhum dos dados ou informações de que venha a ter conhecimento na execução de actividades que irei desempenhar, nomeadamente no que se refere aos dados fornecidos pelos indivíduos entrevistados.

_____, ____/2011

Nome: _____

Actividade que exerce: _____

Assinatura: _____

(para mostrar a todos os participantes e agentes do estudo, antes de iniciarem a sua actividade)



Anexo VIII

Declaração de Consentimento informado



Declaração do consentimento informado.

DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO NUM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE FACTORES QUE CONDICIONAM A SAÚDE

Fui informado/a sobre os objectivos gerais do estudo e compreendi com clareza o que me é pedido para participar.

Fui ainda informada que:

1. Os dados que fornecer serão estritamente confidenciais. Assim que os procedimentos do estudo o permitam, esses dados serão tornados anónimos, isto é, deixarão de poder ser realacionados com a minha identificação.
2. Todos os investigadores e profissionais que utilizem esses dados estarão obrigados a segredo profissional.
3. Os resultados do estudo que venham a ser tornados públicos nunca incluirão o meu nome ou quaisquer elementos que permitam a minha identificação.

Nestas condições declaro que aceito participar no estudo, disponibilizando-me para ser entrevistada e prestar informações relativas à minha história pessoal.

DATA: ____/____/2011

Nome do participante: _____

Assinatura: _____